



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

PSICOTERAPIA, CORPOREIDADE E DORES CRÔNICAS

Patricia Milhomens Guimarães

Orientador Prof. Dr. Maurício da Silva Neubern

Brasília

2014

Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Psicoterapia, corporeidade e dores crônicas

Patricia Milhomens Guimarães

Orientador Prof. Dr. Maurício a Silva Neubern

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia como parte dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Mestra em Psicologia Clínica.

Brasília

2014



Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Psicoterapia, corporeidade e dores crônicas

Banca Examinadora

Prof, Dr. Maurício da Silva Neubern (Presidente – PsiCC/PCL/IP/UnB)

Prof^a Dr^a. Mônica Botelho Alvim (Membro externo – UFRJ)

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa (Suplente – PsiCC/PCL/IP/UnB)

Prof^a.Dr^a. Sheila Giardini Murta (Membro – PsiCC/PCL/IP/UnB)

Brasília

2014

Agradecimentos

Aos meus familiares, por sempre torcerem e vibrarem com cada conquista. Aos meus pais pelo eterno apoio, ensinamento e paciência ao longo de todo este trajeto.

Ao meu pai-acadêmico, Prof. Dr. Maurício da Silva Neubern. Sou imensamente grata por cada hora em que posso aprender com você, enquanto profissional e pessoa. Anos de convivência e quantos ensinamentos! A aprendizagem continua.

À Profª Drª Larissa Polejack e à Profª Elisa Walleska Costa, pelos momentos de conversa, desabafos de transmissão de uma calma indescritível. A cada encontro, vocês me ensinam o saber acolher.

À Profª Drª Mônica Botelho Alvim e ao Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa pela inspiração proporcionada em especiais momentos de contato, pelo exemplo como profissionais e pela disponibilidade para participar deste período de intenso aprendizado para mim.

À Profª Drª Sheila Giardini Murta, por aceitar de prontidão este convite para participar da defesa. Um prazer imenso em tê-la presente.

A outros professores (as), sem os quais eu não poderia ser quem eu sou hoje: Prof. Dr. Fernando González Rey, Profª Drª Tânia Inessa, Profª Drª Tatiana Lionço, Prof. Dr. José Bizerril, Profª Drª Cynthia Ciarallo, vocês também fazem parte da formação do meu espírito profissional.

Onde quer que eu esteja, professores (as), as vozes de vocês estarão comigo. Muito grata pelos ensinamentos!

Aos meus (minhas) parceiros (as) acadêmicos (as): João Antônio Malmann, João Otávio, Pedro de Luna, Tatiana Santana, Mariana Borges, Clarissa Reis, Antônio Lima, Daniel Goulart, Giselle Silva, obrigada pelo apoio, pelos momentos de descontração e aprendizado ao longo destes anos.

Ao Marcos, quem traz uma inigualável tranquilidade e leveza em minha vida.

Aos meus (minhas) parceiros (as) de riso e de praça; amigos das gargalhadas e que sabem tornar os meus dias sempre mais coloridos. Obrigada pela presença, apoio, distração e companheirismo.

Ao CAEP – UnB, aos funcionários e estagiários que ali trabalham. Imensamente agradecida pelo apoio à realização dos atendimentos psicoterápicos.

Ao grupo Acolher, que faz jus ao seu título: melhor acolhimento, impossível! E ao grupo CHYS. Com vocês, pude aprender intensamente a ser psicoterapeuta, um aprendizado que nunca terminará...

Por fim, à tia Iris, uma das mulheres mais batalhadoras que eu conheci em vida. Onde quer que você esteja, meu coração está com você cheio de boas vibrações, na certeza de que esta vida não é o fim, mas que, seu término, representa o início de um novo ciclo. Tia, eu estou terminando um ciclo e, com muita emoção no peito, cheio de lembranças, eu batalhei por ele tendo você como um dos meus grandes exemplos. Novas boas batalhas virão.

GUIMARAES, P. M.(2014). *Psicoterapia, corporeidade e dores crônicas*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo principal compreender de que forma a categoria do corpo pode ser concebida na psicoterapia no atendimento a pessoas com dores crônicas a partir dos eixos de autoimagem e esquema corporal. As dores crônicas representam um problema de saúde no País. Constituem-se como razão das consultas para um terço das pessoas e implica em ônus para serviços médicos, institutos de previdência e companhias de seguros. Este problema perpassa a ideologia, ainda nacionalmente difundida, do corpo biomédico, apesar de haver referências ao tratamento de dor dissonante a essa proposta. Diante desta realidade, considera-se o atendimento psicoterápico como um recurso de promoção de saúde. Baseado na filosofia de Merleau-Ponty, instituímos esta crítica ao saber médico, na medida em que percebe-se a necessidade de mudança paradigmática acerca do corpo para o processo de legitimação da psicoterapia, enquanto proeminente recurso de mudança da experiência das dores. A psicoterapia sendo considerada a partir dos modos linguísticos de expressão e dos processos de objetivação permitiu a construção de noções iniciais de interlocução entre corpo e a clínica a partir de ilustrações clínicas de pessoas que foram atendidas no projeto Acolher, de atendimento psicoterápico a pessoas com dores crônicas do CAEP- UnB. Conclui-se que não é apenas a mudança interpretativa das sensações de dor que promove o alívio da dor. Acredita-se que esta mudança também ocorre por proporcionar modificações na dor, perpassando as três dialógicas: a ordem humana, vital e física. Sendo assim, a mudança na experiência das dores a partir da psicoterapia deve partir da compreensão de que a dor assume um formato no corpo, nos diferentes modos de expressão do sujeito, seja no conjunto postural e de movimentações, sendo expressa em sua vitalidade; seja nos vários atributos ou qualidades das sensações subjetivas. Este trabalho assumiu proporções de legitimação da psicoterapiana mudança da experiência da dor, apesar de ainda iniciais, face os desafios teóricos acerca do tema.

Palavras-chave: psicoterapia, corpo, dores crônicas, autoimagem, esquema corporal

GUIMARAES, P. M.(2014). *Psicoterapia, corporeidade e dores crônicas*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília.

ABSTRACT

This thesis aimed to understand how the category of the body can be designed in psychotherapy in the care of people with chronic pain from the axes of self-image and body schema. Chronic pain represents a health problem in the country. Constitute themselves as a reason for a third of the queries people and implies burden for medical services, welfare institutes and insurance companies. This problem permeates the ideology, still pervasive nationally, the biomedical body, although there is reference to the treatment of pain dissonant to this proposal. Given this reality, it is considered the psychotherapy as a resource for health promotion. Based on Merleau-Ponty, this instituted critic alto medical knowledge, to the extent that one realizes the need for paradigm shift about the body for the process of legitimating of psychotherapy, while prominent feature change the experience of pain. Psychotherapy is considered from the linguistic modes of expression and the processes of objectification allowed his construction of initial notions of dialogue between the body and the clinical from clinical illustrations of people who were treated at the Acolher project of psychotherapy for people with chronic pain CAEP-UnB. We conclude that it is not only the interpretive changing sensations of pain that promotes pain relief. It is believed that this change also occurs by providing changes in pain, passing the three dialogic: the human, vital and physical orders. Thus, the change in the experience of pain from psychotherapy must start from the understanding that the pain takes the form in the body, the different modes of expression of the subject, whether in whole postural and movement, being expressed in its vitality; whether the various at tributes or qualities of subjective sensations. This work has assumed proportions of legitimacy of psychotherapy in changing the experience of pain, although still preliminary, given the theoretical challenges of the topic.

Keywords: psychotherapy, body, chronic pain, self-image, body schema.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – Crítica às noções de corpo na Clínica Moderna.....	12
1.1 A condição histórica de estudo do corpo na clínica: ênfase na prática médica a pessoas com dor.....	12
1.2 O poder institucional e estatal na elaboração das diretrizes terapêuticas a pessoas com dores crônicas.....	22
1.3 Referências para o tratamento da dor	30
1.4 A inscrição histórica e social do corpo na compreensão da experiência da dor	38
CAPÍTULO II - Corporeidade, esquema corporal e autoimagem: eixos para a discussão sobre a experiência da dor.....	50
2.1 Reflexões sobre a relação psicoterapêutica	51
2.2 Contribuições de Merleau-Ponty para pensar a psicoterapia a pessoas com dores crônicas	55
2.3 O corpo vivido: apresentação das ordens de experiência	57
<i>2.3.1 O sujeito da percepção</i>	<i>68</i>
2.4 Apresentação das ilustrações clínicas	72
<i>2.4.1 Roberto.....</i>	<i>72</i>
<i>2.4.2 Marli</i>	<i>74</i>
2.5 O processo de objetivação na consideração do corpo na psicoterapia de dor crônica	75
2.6 Roberto	83
2.7 Marli.....	91
2.8 Modos linguísticos de expressão na psicoterapia ericksoniana: ênfase na metáfora e na sugestão	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
BIBLIOGRAFIA	120

INTRODUÇÃO

“Ao pé da minha dor todas as dores me parecem falsas ou mínima. São dores de gente feliz ou dores de gente que vive e se queixa. As minhas são de quem se encontra à parte...”

(Livro do desassossego, Bernardo Soares)

Este trabalho apresenta-se como uma inquietação promissora de um percurso acadêmico, ao qual almejo continuar a dedicar a partir da ênfase dada ao corpo na psicoterapia a pessoas que vivem com dores cotidianamente. Na graduação, vivenciei na pesquisa de iniciação científica a angústia, as inquietações, dúvidas e esperanças de pessoas que convivem com um diagnóstico de doença crônica sendo, na época, a minha dedicação focada nas pessoas que tinham insuficiência renal crônica. No trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia no Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), expressei o meu primeiro fascínio pela temática do corpo através do estudo das políticas públicas do País, voltada para o processo de medicalização do corpo feminino com enfoque em duas temáticas: as tecnologias reprodutivas e o aborto. Neste período, já estava iniciando minha dedicação à carreira enquanto psicoterapeuta através do estudo e estágio na área de hipnose clínica orientada pelos trabalhos do Prof. Dr. Milton Hyland Erickson.¹

Após o término da graduação, tive a oportunidade de conhecer as dores crônicas, encarnadas em várias pessoas guerreiras que enfrentavam alta dosagem medicamentosa, a impaciência de familiares e profissionais de saúde e o desespero de obter a sentença para o resto da vida: o diagnóstico médico de cronicidade. As dores são permanentes. Pela minha

¹Neste trabalho, o foco será a psicoterapia, em detrimento das especificidades da hipnose, algo que poderá ser explorada em trabalhos futuros.

própria experiência pessoal, familiar, a cronicidade me mobiliza enquanto temática de estudo e pesquisa.

Apesar da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2014) anunciar a importância de uma visão holística de cuidado a pessoas com dores, o que remete à união entre a medicina alopática, à medicina complementar e alternativa, como yoga e acupuntura, bem como a outros serviços e cuidados em saúde, algo que já ocorre com proeminente busca pelos cidadãos norte-americanos; nota-se, no Brasil, a necessidade de aprimoramento destes serviços multidisciplinares e da qualidade de cuidados em saúde a este público, pois cerca de 50% dos (as) brasileiros (as) procura consultórios devido à dor aguda e, a mesma porcentagem, para o tratamento da dor crônica, sendo a dor uma das mais frequentes razões de consultas médicas (Teixeira et al, 2001).

Em nosso país, a prevalência de dor em hospitais varia de 45% a 80%. A dor é razão das consultas para 1/3 das pessoas. Isto corresponde a um problema de saúde pública, na medida em que implicam ônus para serviços médicos, institutos de previdência e companhias de seguros. A partir de um inquérito realizado a população brasileira, concluiu-se que mais de 3/4 consideram que a dor crônica limita as atividades de lazer, as relações sociais e familiares. E, mais de 1/3 julga que a dor crônica compromete as atividades habituais. Cerca de 50% a 60% das pessoas, devido à dor, torna-se transitoriamente ou permanentemente incapacitado (Teixeira et al, 2001).

Segundo Merskey & Bogduk (1994), a dor é sempre subjetiva e cada sujeito utiliza e aprende este termo a partir de suas experiências; pode ser conceituada como uma experiência sensorial e emocional desagradável e descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais.

A partir da taxonomia da “International Association of Study of Pain” (Merskey & Bogduk, 1994), preconiza-se a duração de seis meses para o diagnóstico de dores crônicas não

oncológicas. Todavia, este período de tempo não caracteriza precisamente o diagnóstico de dor crônica, obtendo também como aspectos o fato de ser uma dor persistente incapaz de ser amenizada por tratamentos com remédios específicos ou com métodos rotineiros de controle da dor como o uso de analgésicos não narcóticos.

Segundo a portaria nº 1.083 de 02 de outubro de 2012, “os (as) pacientes com dor de intensidade superior a 4 na escala EVA (dor relevante) e com duração superior a 30 dias são classificados com dores crônicas.” (p. 04)

Alguns dos principais diagnósticos de dor crônica são: artrite reumatóide, osteoartrite, fibromialgia, dentre outros.

Para fins de esclarecimento, a artrite reumatóide é caracterizada por dor e queimação nas articulações devido a um processo inflamatório que ocorre nas articulações, ligamentos e tendões; a osteoartrite consiste em uma dor profunda devido a um processo “degenerativo” em uma simples articulação ou em articulações conjuntas. Por sua vez, a fibromialgia é caracterizada como uma dor músculo-esquelética difusa, com múltiplos pontos sensíveis previsíveis (Merskey & Bogduk, 1994).

Problematiza-se estas definições, na medida em consideramos a dor como uma entidade perceptual complexa, como uma experiência subjetiva (Erickson & Rossi, 1970; Merskey & Bogduk, 1994; Teixeira et al, 2001).

Diante da situação nacional, houve o interesse de minha parte e comprometimento aos atendimentos psicoterápicos às pessoas com diagnóstico médico de dores crônicas no grupo Acolher localizado no Centro de Atendimento e Estudos em Psicologia (CAEP- UnB) e a participação no grupo de pesquisa CHYS (Complexidade, Hipnose e Subjetividade) ao longo de mais de dois anos. Este período correspondeu não apenas à comprovação de alguns pontos

da realidade exposta por estudos em epidemiologia, como também ao momento em que se instaurou o interesse pela corporeidade² atrelada à psicoterapia.

Apesar de, durante a graduação, estas temáticas estarem conectadas a objetos de estudo distintos, ambos estavam inseridos em uma problemática de saúde pública sem a qual, nós, psicólogas (os) não devemos ocultar em nossas reflexões, conforme poderá ser visto em uma seção do capítulo I nesta dissertação intitulada “*O poder institucional e estatal na elaboração das diretrizes terapêuticas a pessoas com dores crônicas*”.

Esta seção corresponde à problematização do olhar dado às dores crônicas em âmbito institucional, com ênfase a alguns documentos que atentam para a importância de, enquanto profissionais de saúde e psicoterapeutas, atentarmos para a sua influência nos modos de compreensão acerca das próprias dores e do próprio corpo. Diante dessa realidade de orientação para os cuidados em saúde a este público, questiona-se como a psicoterapia, que tradicionalmente é concebida como algo do domínio mental ou psi, mostra-se tão pertinente e eficaz nas demandas de dores crônicas.

Nestes casos, muitas vezes a psicoterapia trabalha questões como a presença de depressão, o afastamento social, a alteração de sono, o cansaço (SBR, 2011), o comprometimento de relações sociais e familiares, a limitação das atividades habituais, etc. Todavia, o que dizer da modificação da experiência de dores? Isto ocorre em pessoas que são

² Baseado em Merleau-Ponty (2006, 2011), quando abordarmos a nossa proposta de compreensão do corpo, será equivalente à corporeidade. Todavia, à referência ao corpo biomédico, falaremos de um corpo sem símbolo, impessoal, a-histórico, apesar de saber que há autores que privilegiam esta diferenciação (Csordas, 2002).

atendidas pelo grupo Acolher e estudadas no CHYS, como podemos perceber no caso de Roberto e Marli³.

Ambos vivenciaram a psicoterapia até o momento em que perceberam-se diminuindo a quantidade de medicamentos e relatando experienciar mudanças na percepção das dores cotidianas. Se a dor é provocada por uma alteração do sistema nervoso e por uma sequência de estímulos e respostas que envolvem nervos, o que dizer de um modo psicoterápico que não atua na literalidade físico-química do organismo, como ocorre com a ingestão de medicamentos?

No grupo Acolher, utiliza-se como modo psicoterápico de condução dos atendimentos o Psicodrama e a Psicoterapia Ericksoniana, sendo que, este último, envolve práticas em hipnose. Vale ressaltar, que, neste trabalho, abarcaremos a psicoterapia em uma perspectiva ampla, ou seja, sem assumir a centralidade da discussão em um único modo psicoterápico de condução.

A partir disso, há a valorização da dramatização como uma possibilidade de reconstrução do contexto, colocando o sujeito em movimento (Rojas-Bermúdez, 1977) em ações que ocorrem em um espaço social específico, composto por diversas metáforas e que determinam formas pelas quais as relações devem acontecer. Isto permite a compreensão dos processos subjetivos da pessoa através de uma metáfora humana (Neubern, 2012).

Esta afirmativa torna-se relevante nas reflexões deste trabalho por incitar tal questionamento: como palavras podem mudar o esquema corporal da dor em uma pessoa? É necessária a busca por um olhar acerca do corpo divergente do comumente observado em alguns estudos acerca de dores crônicas (IASP, 2011; Merskey & Bogduk, 1994). Nesses

³Todas as pessoas citadas nesta dissertação aceitaram o termo de consentimento livre e esclarecido ao ingressarem no projeto de pesquisa CHYS, coordenado pelo Prof. Dr. Maurício Neubern, no CAEP- UnB para atendimento psicoterápico e receberam um nome fictício.

trabalhos, há o enfoque do corpo e das dores em processos neuroquímicos fundamentais, da eficácia do tratamento às dores a partir do alívio sintomatológico. Onde estão as pessoas das quais falamos?

O objetivo principal deste trabalho consiste em compreender de que forma a categoria do corpo pode ser concebida na psicoterapia no atendimento a pessoas com dores crônicas. Paralelo a isto, há objetivos específicos que correspondem a desenvolver noções iniciais sobre a relação entre o corpo e a clínica, bem como promover caminhos de interlocução entre o corpo, a psicoterapia e as dores crônicas.

Esta dissertação está organizada em dois capítulos. O primeiro capítulo, intitulado *“Crítica às noções de corpo na Clínica Moderna”* apresenta como objetivo principal apontar a necessidade de crítica ao paradigma científico moderno na condução clínica de atendimento a pessoas que convivem com dores crônicas. Em seguida, objetiva-se refletir sobre a necessidade de mudança da noção de corpo quando referimos à dor crônica. De uma crítica ao corpo biomédico, sendo perpassada pela discussão acerca da orientação dada aos que são cuidados e cuidadores deste público, chega-se à proposta de definição do corpo a partir da dimensão vivida pela consideração do caráter dialógico de produção do conhecimento, bem como daquilo que nosso País já preconiza enquanto exemplos de tratamento de dor.

Considerando as orientações dadas por cartilhas e portarias, bem como as necessidades de uma qualidade de atendimento em saúde para suprir a demanda de dor crônica como apontada pelos estudos epidemiológicos, percebe-se como um eixo de discussão o processo de rompimento do (a) psicoterapeuta com a visão do corpo biomédico, sabendo que o acolhimento a este público em nosso País é significativamente dado à ciência médica, conforme poderemos ver no Protocolo Clínicas e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica instituído a partir da portaria de 2012.

O Capítulo II intitulado “*Corpo vivido, esquema corporal e autoimagem: eixos para a discussão sobre a experiência da dor*” busca responder a primeira questão elaborada neste trabalho, o que corresponde ao modo como a psicoterapia mostra-se tão pertinente e eficaz nas demandas de dores crônicas, sendo que tradicionalmente ela circunscreve-se no domínio psi ou mental. Apresenta-se como objetivo principal abordar o corpo vivido considerando a relação entre as dimensões da autoimagem e do esquema corporal.

Para isso, autores como Gallagher (2005), Le Breton (2013), Csordas (1994, 2002, 2011), Low (1994) Jackson (1994) e Lyon & Baberlet (1994) compõem um núcleo de contribuições significativas para a compreensão do corpo vivido na clínica da dor. Esta compreensão é fundamental para o entendimento da relação dialógica⁴ dada aos eixos de autoimagem e esquema corporal para as mudanças na experiência da dor.

Considera-se conceitualmente a autoimagem como um complexo sistema de dispositivos e de estados intencionais – percepções, crenças e atitudes, em que o objeto intencional corresponde ao próprio corpo. Seria o sistema de percepções, atitudes e crenças correspondentes ao próprio corpo (Gallagher, 2005). E, esquema corporal como “uma maneira de exprimir que meu corpo está no mundo” (Merleau-Ponty, 2011, p. 147) como “um corpo em movimento” (Merleau-Ponty, 2011, p. 149). Isto significa que o movimento não se contenta em submeter-se ao espaço e ao tempo, ele os assume ativamente e, nesse sentido, não haveria espaço se nós não tivéssemos corpo.

O ponto de partida para o uso do termo “corpo vivido” remete à definição de Merleau-Ponty (2006a) como o enrolamento de um corpo-objeto em si mesmo, ou seja, um corpo em circuito com o mundo, com as coisas, com os animais, com os outros corpos; seria o nosso terreno existencial, a nossa morada existencial. Esta definição será apresentada na penúltima

⁴ Compreende-se a dialógica não apenas como aquilo que pode provocar o diálogo, a discussão, o debate; mas, baseado em Edgar Morin (2012), a entendemos também como uma relação que, sendo complementar, pode tornar-se antagônica.

seção do capítulo I e enfatizada na primeira seção do segundo capítulo intitulada “*Contribuições de Merleau-Ponty para pensar a psicoterapia a pessoas com dores crônicas*” a partir das ordens de experiência apresentadas por esse autor na obra “Estrutura do Comportamento”.

Merleau-Ponty (2006, 2011) será um autor de importância crucial, na medida em que se observa, em seu esforço por superar o problema da dicotomia entre corpo e alma, a superação de uma visão determinista e uníssona acerca do processo de perceber e vivenciar o mundo, o que estendemos ao processo de compreender a experiência das dores. Fala-se em padrões de dores na observação de que, cada um, relata a forma como ela se apresenta atrelada a particularidades individuais que expressam o modo como ela é percebida na vivência singular: “ela comumente dá pontadas”, “é como se uma faca estivesse cravada em minha coluna”, “as dores mudam todos os dias: ora está do lado direito, ora do lado esquerdo da cabeça”, etc. Estas expressões metafóricas definem os padrões como formas de apresentação das dores, o que difere de uma proposta de entendimento universal ou geral para o assunto.

Os trabalhos deste autor correspondem ao posicionamento teórico central desta dissertação por ser capaz de proporcionar uma base de inteligibilidade para questões importantes da clínica relativas ao corpo como constituinte das trocas humanas, principalmente por permitir a construção de caminhos para o entendimento destas trocas como fundamentais para a reconfiguração de experiências ao reconhecer o corpo enquanto tocante e tocado, vidente visto, que percebe e é percebido.

Além disso, o diálogo com a fenomenologia de Merleau-Ponty assume contribuições que convergem ao modo como pensamos a relação entre clínica e ciência, no momento em que valorizamos o corpo como o veículo do ser no mundo e, portanto, como a expressão

primeira do Ser. Isto remete a uma proposta paradigmática que valoriza a relação dialógica entre polos e evoca, com primazia, o sujeito em sua dimensão vivida.

Nesse sentido, pensar a dimensão vivida perpassada a experiência hipnótica na psicoterapia enquanto trocas humanas e da dor e o seu caráter dialógico, indica o reconhecimento de uma espécie de intersubjetividade entre o (a) terapeuta e o (a) paciente, o que significa que o processo de indução hipnótica, por exemplo, expressa a relação entre corpos dotados de uma capacidade pré-reflexiva de interação, cujos meandros do processo de alívio da dor pouco pode ser compreendido sem o entendimento da importância da relação terapêutica na mudança dos padrões das dores.

Esta mudança pode remeter ao tom de voz e na execução de gestos e olhares por parte do terapeuta, pode desencadear mudanças fisiológicas no paciente, como a ocorrência de espasmos, choros, tremores, calafrios, suores. A fisionomia do (a) paciente pode assumir um aspecto rígido, sua respiração pode ser tornar mais profunda, seus olhos umedecerem e piscarem frequentemente; ocorrer mais movimentos de deglutição e os globos oculares podem se voltar para dentro e para cima, as pálpebras caírem.

O corpo também foi um objeto de marginalização para a construção do conhecimento científico (Foucault, 2013). Quando assumimos o olhar do corpo vivido, naturalmente nos distanciamos da proposta do paradigma científico moderno ao mesmo tempo em que assumimos como necessidade de abordagem da relação entre clínica e ciência o esclarecimento de que o corpo ao qual falamos apresenta uma relação significativa com a categoria de sujeito. Apesar de não assumir como objetivo a reflexão filosófica acerca das bases de diferenciação entre sujeito e corpo, percebo a importância desta discussão quando pensamos em um novo paradigma para a compreensão do corpo, principalmente quando constituinte das trocas humanas.

Neste sentido, outra questão importante é a presença do sujeito no processo de mudança psicoterápico. No modo de condução clínica adotada a este público utilizamos como referência primordial os trabalhos de Milton Erickson. Considerada uma abordagem naturalista, isto implica dizer que há princípios que valorizam as referências próprias do paciente ao mesmo tempo em que utiliza os recursos e as potencialidades da própria pessoa focando a mudança terapêutica, mudança esta que ocorre primordialmente a partir da experiencição de situações clínicas que podem promover alterações das suas formas de referência.

A partir da visão de Merleau-Ponty (2006, 2011) acerca do sujeito perceptivo, buscar-se-á uma interface de compreensão sobre a relação sujeito e corpo de modo a entender como somos um corpo em uma totalidade experiencial na psicoterapia.

Neste trabalho, sujeito não remete à sua definição etimológica, que provém do latim *subjectu*, compreendida como aquele que se sujeita à vontade alheia, torna-se obediente, dependente, subordinado ou submisso. Aproxima-se mais à definição etimológica daquele que se considera como tendo qualidades ou praticado ações (Ferreira, 2010). Há o resgate da noção de sujeito via legitimação destas pessoas enquanto agentes (Gallagher, 2011, 2012a).

O conceito de esquema corporal será compreendido a partir da definição de Merleau-Ponty (2006a), bem como a partir da noção de *habitus*, utilizada a partir de Bourdieu nos trabalhos de Csordas (2002). O diálogo com ambos os autores na compreensão da noção de esquema remete às suas coerências quanto a expressão da cultura encarnada no corpo, ao qual não podemos deixar de considerar nesta dissertação, sabendo que a dor é uma experiência subjetiva complexa (Erickson & Rossi, 1979; Merskey & Bogduk, 1994; Neubern, 2010; Teixeira et al, 2001). Esta reflexão será apresentada de antemão no capítulo I na seção intitulada “*A inscrição histórica e social do corpo na compreensão da experiência da dor*”.

No capítulo II, para a reflexão acerca da importância da consideração da categoria do corpo na psicoterapia, utilizaremos duas ilustrações clínicas de pessoas que foram atendidas no grupo de pesquisa CHYS, às quais denominamos de Marli e Roberto. Esta ilustração pode enfatizar momentos de sessões específicos, trechos de falas transcritas e estudadas pelo grupo, apresentando o objetivo principal de discutir acerca da categoria do corpo.

Nestas situações clínicas, haverá a ênfase em dois pontos principais, os quais notamos como constituintes da psicoterapia na consideração do corpo para a modificação da experiência das dores. Eles consistem no processo de objetivação e nos modos de expressão linguística, como o uso de metáforas e sugestões, onde estarão presentes especificamente nas seções intituladas: *“Apresentação das ilustrações clínicas”*, *“O processo de objetivação na consideração do corpo vivido na psicoterapia da dor crônica”* e *“Modos linguísticos de expressão na psicoterapia ericksoniana: ênfase na metáfora e na sugestão”*.

Nas considerações finais, para além de uma síntese, reconhece-se, a partir da perspectiva de “sermos um corpo”, a possibilidade em compreender as experiências de dor que “... vão além do puramente físico e simbolizam bem mais que o jogo cego dos átomos” (Dossey, 2001, p. 20).

CAPÍTULO I

Crítica às noções de corpo na Clínica Moderna

1.1 A condição histórica de estudo do corpo na clínica: ênfase na prática médica a pessoas com dor.

“O explorador queria fazer várias perguntas, mas ao ver o homem perguntou apenas: “Ele conhece a sentença?” “Não”, disse o oficial e tentou dar prosseguimento à explicação, mas o explorador interrompeu-o: “Ele não conhece a própria sentença?” “Não”, disse mais uma vez o oficial, deteve-se por um instante, como se exigisse do explorador uma fundamentação mais precisa para a pergunta, e então disse: “Seria inútil comunicá-la. A sentença é aplicada ao corpo”.

(Franz Kafka, Na Colônia Penal)

Uma pessoa que chega ao consultório psicológico e anuncia ter recebido o diagnóstico de dor crônica apresenta as suas particularidades. Geralmente, é uma pessoa que já passou por vários (as) médicos (as) e diferentes possibilidades de tratamento, ingere remédios com frequência e busca alívio para as dores em diferentes terapêuticas. Além disso, comumente elas expressam uma incompreensão por parte de diversas pessoas acerca da realidade de suas sensações, da vivência de dores intensas cotidianamente.

As preocupações, inquietações e relatos são diversos. Em alguns casos, há vontade de, já na primeira sessão, descrever como são as dores, que remédios tomam e se desejamos ler o laudo médico ou ver algum resultado de exame. Outros preferem contar primeiramente sobre os problemas familiares, conjugais ou sobre as dificuldades financeiras. Alguns sentem-se frustrados por não saberem a causa da doença, os (as) médicos (as) também não conseguem expressar, os exames não detectam nada aparentemente disfuncional. São estes alguns dos

relatos comumente compartilhados no projeto Acolher e no projeto de pesquisa CHYS do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília (CAEP-UnB).

O diagnóstico de dor crônica realizado pelo saber médico naturalmente é transmitido a nós, psicólogas (os), quando recebemos estas pessoas para atendimento psicológico. Além disso, muitos já usufruíram ou usufruem de outros serviços, como a acupuntura e a fisioterapia na busca de alívio de suas dores. Portanto, a multidisciplinaridade caracteriza a dinâmica de atendimento, ao mesmo tempo em que expressa os desafios em lidar com a dor crônica no que concerne à capacidade de criar estratégias de alívio e promoção de saúde a este público.

Vale notar, que, alguns (algumas), quando no início do acompanhamento psicológico, apresentam um modo de expressão semelhante ao que percebemos no consultório médico quando notamos a necessidade da pessoa em dizer sobre como tem procedido em seu tratamento médico ou no que espera neste atendimento, indagando como faremos (os (as) psicoterapeutas) para que as dores melhorem, quais os métodos serão utilizados e quanto tempo, em média, demorará o “tratamento” psicológico. Quando enfatizamos que, para aquela pessoa, em específico, será importante que aprenda a fazer a auto-hipnose, algumas vezes também somos questionados se esta prática dá *garantia*⁵ de que as dores serão aliviadas.

Esta ilustração ressalta as prerrogativas de construção do saber médico, cuja ênfase em uma noção de estímulo-resposta (o que devo fazer para obter alívio), bem como na previsão e controle daquilo que o acomete e de sua terapêutica tornam-se relevantes na vivência subjetiva de algumas pessoas que convivem com dores crônicas.

Se formos considerar o procedimento de avaliação médica de um (a) paciente com dor, poderíamos ressaltar o foco dado na descoberta de sua causa, bem como uma preocupação crucial em fazer um diagnóstico correto (Barber, 1996). O processo de avaliação exige do (a)

⁵Grifo meu.

especialista uma capacidade de saber as características exatas de manifestação da dor: sua localização e distribuição, sua intensidade, duração e periodicidade. Além disso, é necessário que o (a) médico (a) saiba muitas vezes da rotina íntima do (a) paciente, de seu cotidiano e de sua história, para compreender o impacto da dor nas atividades do (a) paciente, como o tempo que ele (a) gasta sentado (a) ou deitado (a); se a dor dificulta para dormir ou se o (a) faz acordar; a história da família para averiguar se há parentes que tiveram algum transtorno de dor e se, em sua história, há algum indicador sobre a causa do desencadeamento da doença, para, então, traçar o tratamento ideal para cada caso.

Com relação à história familiar, muitas vezes perguntam ao paciente se ele (a) foi abusado na infância, pois este pode indicar uma das possíveis causas de manifestação de dores crônicas, acreditando serem “sequelas” de tal abuso (Barber, 1996). Portanto, a exposição da vida íntima – privativa - se torna pública na medida em que o saber médico solicita esta atitude, cujo desencadeamento pode apenas fazer jus às necessidades diagnósticas.

Sendo perpassado pela história da medicina desempenhada no final do século XVIII e início do século XIX, o modelo biomédico caracteriza esta avaliação médica, presente nos dias atuais, em que compreende a necessidade de desvendar a causa e o princípio da doença que se encontra diante da obscuridade dos sintomas, sendo possível distinguir, através de um golpe de vista, todas as suas características e diferenças, apreender a atividade dos órgãos, determinar com precisão quando é preciso agir e decidir com segurança a validade de determinados procedimentos de tratamento em detrimento de outras formas de lidar com a doença, cujo médico se define como o mais importante detentor das soluções para aquele que suplica por uma mudança de sua condição de vida (Foucault, 2013).

Sendo o uso de medicamentos o procedimento usual interventivo, o encaminhamento para outros serviços pode caracterizar uma alternativa que rotula o fracasso da tecnologia

médica diante de uma realidade vivida. Ao mesmo tempo, essa conduta indica o declínio da clínica. Segundo Foucault (2013), a decadência se instaura quando foram inauguradas as restrições acerca de um saber que contemplava a sensibilidade do doente de ensinar àquele que o assiste qual posição o alivia ou o atormenta, sendo este conhecimento perpassado para as gerações seguintes por ser legítima de consideração e guiadora das práticas. O doente dotado de um saber também guiador da condução clínica passa a ser desvalorizado, na medida em que o poderio da ciência impregna as condições de produção do conhecimento e de prática clínica, restringindo o processo interventivo ao profissional exclusivamente. Portanto, “o que já se soube só era, a partir de então, comunicado aos outros e transferido para a prática depois de ter passado pelo esoterismo do saber” (Foucault, 2013, p. 59).

Isto representa a própria decadência atualmente vista do serviço de atenção a pessoas que sentem dores cotidianamente. O saber do especialista em dor baseia-se na capacidade de avaliar e tratar esse quesito doente através dos métodos testados e comprovados como eficientes e que circunscrevem os seus modos interventivos. Isso caracteriza o esoterismo do saber: as particularidades que definem o (a) especialista em dor. Ele (a) deve saber fazer um exame físico acurado, saber enxergar as evidências sintomáticas no doente. Olhar sua expressão facial e perceber se há suor, ou dilatação em suas pupilas, tremores, tensão muscular, saber olhar a pele e os mucos membranosos, sua aparência, coloração, temperatura, consistência, textura. Dessa forma, as anomalias podem ser percebidas. Ao mesmo tempo, o (a) especialista pode tocar algumas áreas e massagear em movimentos especificamente determinados para constatar o que deve se evidenciar: os sinais de manifestação da dor.

Sem dúvida, existe uma importância relativa a este saber, pois a intervenção medicamentosa pode promover alívios significativos. Em alguns casos, o manejo medicamentoso é suficiente para promover conforto na vida de pessoas que sentem desespero por não suportar mais a existência de conviver cotidianamente com dores. Segundo o

Observatório de Saúde Mental (Human Rights Watch, 2011), muitos preferem morrer a viver com dor. A eficácia de necessidade do tratamento e acompanhamento médico nessas particularidades vivenciais é irrefutável.

Vale esclarecer que o esoterismo do saber caracteriza não apenas o saber médico, mas qualquer produção de conhecimento que remete a uma proposta moderna de cientificidade. Ao remeter ao extremismo da consideração do paradigma⁶ científico dominante na proposta de construção da ciência psicológica, adentramos a um campo que tem como princípios a previsão, o controle e a validação do fenômeno estudado, como podemos perceber nos procedimentos com cães de Pavlov, bem como no desenvolvimento dos primeiros testes de inteligência do início do século XX e na orientação dos primeiros princípios do Behaviorismo Radical, que apresenta como seu objeto de estudo os comportamentos observáveis, o que incluía o pensamento.

A condução destes estudos apresentava o reducionismo dos fenômenos estudados como uma possibilidade de tornar cientificamente viável o encontro de uma alternativa de estudo para um campo cuja subjetividade é reinante. Ao mesmo tempo, esta condução explicita o esforço geral da objetivação, que limita a visão de organismo humano a um sistema físico em presença de estímulos definidos eles mesmos por suas propriedades físico-químicas (Merleau-Ponty, 2011).

Este esforço geral de objetivação corresponde ao advento da anatomia patológica nos séculos XVIII e XIX, que inaugura a apresentação da medicina como científica através da observação anatomoclínica, da observação exploratória dos corpos, onde se oculta segredos, invisíveis lesões. Os órgãos tornam-se o principal foco na busca pelas causas das doenças.

⁶Conceitualmente, compreende-se paradigma como o núcleo que orienta os discursos teóricos e está no princípio da construção das teorias (Morin, 2003).

Nesse sentido, o saber da verdade, que fazia parte da observação da vida, desloca-se em direção à observação da morte. O cadáver corresponde ao objeto privilegiado de estudo da medicina científica (Foucault, 2013).

As doenças passam a ser vistas como uma expressão de lesões celulares, como um acometimento orgânico que deixam marcas no corpo. Baseado nesta perspectiva, vemos que a dor remete a um campo obscuro para uma prática anatomoclínica, portando como insuficiente a perspectiva de corpo que privilegia a estrutura anatômica e fisiológica, diante de um “terreno” cujo método avaliativo mais utilizado pela tecnologia médica perpassa a expressão subjetiva da doença.

Ao longo da história, a dor foi retratada de inúmeras formas: como expiação de culpas, a exigir do sofredor uma postura resignada, como a manifestação de forças malévolas, a ação de demônios e espíritos. Em sociedades antigas, como os egípcios, as dores que não possuíam uma causa visível, eram consideradas como obra de maus espíritos e punição dos deuses. Já na China, a sua causa era atribuída ao excesso ou deficiência de certos fluidos do organismo. Na Grécia Antiga, o cérebro e os nervos eram considerados os responsáveis pela sensação de dor. Já Platão (427-347 a.C.), atribuía às emoções importante papel na dor (Figueiró, 2000).

Após o Renascimento, atribuiu-se ao sistema nervoso central o papel fundamental no mecanismo das sensações de dor. Descartes introduziu o conceito de dor como uma sensação percebida no cérebro, em decorrência de um estímulo dos nervos sensoriais. Ao final do século XIX, concomitante ao advento da anatomia patológica, foi divulgada a teoria do padrão de estímulos, segundo o qual a sensação de dor dependeria da intensidade do estímulo. Nessa época, a medicina já empregava o uso de anti-inflamatórios, morfina e derivados, bloqueando temporariamente os nervos com anestésicos locais (Figueiró, 2000).

Encontra-se neste esforço de objetivação, principalmente herdado do período pós-renascentista, um foco no modo biológico de compreensão da dor atrelado a um paradigma

científico que contribui para a existência de lacunas, ainda na atualidade, sobre o fenômeno doloroso, em especial acerca das dores crônicas. Acredita-se que hoje não se justifica que uma pessoa sofra alguma dor para a qual já há remédio, pois mesmo que não tenham soluções ideais para todos os casos, sempre haveria uma condição para amenizá-la (Figueiró, 2000).

Ao focarmos no modo biológico de compreensão da dor, em sua forma aguda ou crônica, entende-se que a dor pode servir como mecanismo de alerta, como por exemplo, quando uma pessoa coloca a mão no fogo e, em um movimento de flexão, retira-a rapidamente do estímulo doloroso e em tempos posteriores sente uma dor persistente e desagradável como um modo de proteger a pessoa de situações semelhantes; como pode servir também para sinalizar que algo está errado como, por exemplo, no caso de uma distensão nas articulações ou algum tipo de infecção ou pode ser também um fator de proteção para que se evite algum perigo.

Este modo biológico de compreensão não nos diferencia dos animais, na medida em que estes tipos de dores apresentam-se em situações físicas e vitais⁷. No entanto, há dores que não servem a estes propósitos: as dores em membros fantasmas e as cefaleias, por exemplo.

A subjetividade no processo de avaliação da dor ocorre naturalmente quando atualmente já se sabe que o fenômeno da dor envolve o corpo e as emoções (Figueiró, 2000). Aprende-se a falar sobre a dor a partir da própria experiência, sendo expressa de modo peculiar por cada pessoa que a sente. Mesmo compreendendo a dor a partir da ótica estímulo-resposta, diante do estímulo doloroso, duas pessoas poderão ter reações completamente distintas: enquanto uma poderá se queixar de uma dor lancinante, aguda; a outra pode achá-la demasiadamente suportável.

⁷Os termos físico e vital foram podem ser compreendidos a partir dos níveis de experiência desenvolvidos por Merleau-Ponty (2006a), algo que será discutido no capítulo seguinte.

Atualmente, já consideram a dor como uma doença multideterminada, por ela confluir diferentes dimensões – étnicas, religiosas, psicológicas, genéticas, etc (Figueiró, 2000). Por isso, limitar-se à compreensão biológica da dor é insuficiente, na medida em que sabemos que ela não é uma sensação, mas uma percepção (Le Breton, 2011) singular de um sujeito que vivencia a dor.

Segundo Le Breton (2011), a dor pode ser um momento da existência em que sujeito tem impressão de que seu corpo não é ele; ela pode ser açambarcamento, interioridade, fechamento, indiferença em relação a tudo que não seja ela mesma enquanto expressão no mundo.

Para que sintamos dor não há a necessidade obrigatória de lesão em alguma parte do corpo. A dor pode ser avaliada como sendo aquilo que a pessoa diz que dói, como comumente pode ser visto no caso de pessoas que sentem dores em membros fantasmas e em casos de fibromialgia e cefaleias. O foco dado à ordem biológica pouco explica acerca da experiência da dor que, como vimos, abarca historicamente maneiras distintas de compreensão e direcionamento a tratamentos, variando culturalmente.

No Brasil, o (a) médico (a) é o interlocutor obrigatório como quem é capaz de nomear e reduzir a dor. Outros sujeitos, conforme seu pertencimento cultural e sua avaliação da situação preferem consultar um curandeiro ou preferem não tomar conhecimento acerca das dores, contentando-se com seus próprios recursos morais (Le Breton, 2011).

O foco dado à compreensão biológica da dor aponta para um conjunto de práticas que fragmentam o corpo a uma dimensão predominantemente física no campo da saúde. Vale destacar o papel da medicina como um denominador comum na difusão e emergência de uma valorização dada à compreensão biológica das doenças via disciplinarização e normalização através da catalogação daqueles que seriam loucos, criminosos, doentes ou através da instauração própria de um aparelho punitivo, um dispositivo de seleção daqueles que são

normais e daqueles que são anormais, bem como através de uma vigilância e controle sobre a sexualidade emergente no século XIX (Foucault, 1977).

A corporeização das expressões de poder evidencia o esforço da disciplinarização e normalização que perpassa a sociedade até os dias atuais. Os mecanismos de poder sofrem rearranjos e se configuram penetrando os corpos como podemos perceber no ideário do corpo perfeito, no controle reprodutivo (Vieira, 2002) e das práticas de aborto (Diniz & Guilhem, 2007), na regulação das terapêuticas voltadas para pessoas que vivenciam dores agudas e crônicas (Brasil, 2012), nos cárceres, nos hospitais psiquiátricos (Foucault, 1977, 2013) e na tentativa de legitimar uma condução clínica como científica pela lente do paradigma científico moderno.

Naturalmente, os conceitos que remetem a uma ciência qualitativa historicamente emergiram de um fracasso em adotar, via métodos quantificáveis, uma proposta de entendimento de um objeto de estudo (Neubern, 2009a, 2009b). O esforço em resolver o problema ontológico da psique (González Rey, 2003) é um exemplo significativo do fracasso da Psicologia em se constituir em um projeto científico moderno. As diferentes ramificações denominadas comumente de abordagens, expressam o esforço sobre o estudo do real e a dificuldade de assim o ser. A própria busca dos psicólogos por uma vertente, a fidelização por uma área específica da psicologia pode reforçar o ideário de uma busca pela verdade, ao mesmo tempo em que uma insegurança em assumir trânsito por um terreno incerto e que pode estar aberto a novas propostas epistemológicas, teóricas e interdisciplinares ao olhar o mesmo objeto de estudo.

Ao mesmo tempo, não apenas a psicologia, mas também as ciências sociais tentaram se consolidar via métodos quantificáveis em resposta ao contexto de nascimento de ambas: nas disciplinas militares e escolares (Foucault, 1977, 2009). Estas assumiram um papel preponderante para a criação dos testes de inteligência, dos testes de personalidade aliados a

uma seleção sistemática daqueles que estavam mais aptos e inaptos segundo os padrões dos discursos de poder vigentes.

Sabe-se que, para Foucault (1977, 2009), o poder penetra os corpos, os gestos, os comportamentos, o cotidiano, as práticas elementares dos sujeitos, não estando exatamente localizado no aparelho do Estado. Os mecanismos de poder funcionam abaixo, fora, ao lado destes aparelhos e produzem o saber. Sendo também o objetivo das cartilhas e das portarias orientarem as práticas e a propagação de conhecimento acerca de determinado assunto, é inegável o seu papel normalizador e regulador, sabendo que, para este autor, o poder produz o saber.

Percebemos na prática, a necessidade de destaque a estas publicações por serem caracterizadoras da cultura e da compreensão da experiência da dor enquanto uma experiência subjetiva, cultural e social.

Este modo de entendimento expõe o corpo objetivável, a histórico e impessoal e apresenta diretrizes terapêuticas sumariamente a indivíduos. Isto significa uma ênfase numérica, quantificada que pouco preza pela singularidade dos cuidados necessários a este público, principalmente quando há referência ao contexto psicoterápico. Diferentemente disso, valorizamos a corporeidade sabendo que a experiência da dor remete à consideração pré-reflexiva, subjetiva e complexa inerente à experiência.

1.2 O poder institucional e estatal na elaboração das diretrizes terapêuticas a pessoas com dores crônicas

“(...) Aula após aula, ouvi professores e médicos secos falar apressadamente dos modos de esmagar seres humanos sob as formas insensíveis da ciência”

(Carta de um jovem aluno de medicina ao Dr. Larry Dossey)

O conhecimento considerado científico apresenta uma herança histórica, perpassa a cultura e as individualidades ao mesmo tempo em que conduz a elaboração de documentos que orientam a relação que o (a) doente deve estabelecer com sua doença e de que forma ele (a) mesmo (a) deve orientar suas práticas visando à promoção de saúde.

A Sociedade Brasileira de Reumatologia, em 2011, publicou uma cartilha direcionada às pessoas diagnosticadas com fibromalgia para que saibam o que é a doença, as suas principais causas, quais os grupos de pessoas são mais afetadas, os seus sintomas, dentre outras informações. A herança anatomoclínica é notória no documento quando percebemos uma visão de corpo atrelada unicamente à dimensão física, ao visível e, por isso, verdadeiramente capaz de detectar a presença da doença, quando lemos:

Hoje, com técnicas de pesquisa que permitem ver o cérebro em funcionamento em tempo real, descobriu-se que pacientes com Fibromialgia realmente estão sentindo a dor que dizem sentir. Mas é uma dor diferente, em que não há lesão no corpo, e, mesmo assim, a pessoa sente dor. (SBR, p.7)

Ao mesmo tempo, este trecho destaca a dor como um fenômeno sumariamente subjetivo. Pode-se notar que a exclusão da subjetividade da experiência corporal presente no modelo biomédico apresenta muitas implicações clínicas como no caso das pessoas com dores crônicas. Uma pessoa que possui algumas hérnias na coluna e transita entre diferentes

médicos, recebendo medicações diversas, pode viver uma grande sensação de vazio por não se sentir contemplada em muitas das necessidades que ela vivencia no seu dia a dia. Dentre as necessidades encontradas podemos apontar dificuldades de relação dessa pessoa com seu cônjuge, a aposentadoria compulsória que a impede de cumprir o papel de provedora; a impossibilidade de exercer atividades relacionadas ao seu papel familiar e de gênero, a restrição drástica dos laços sociais, remetendo às dimensões de produção subjetiva, cultural, econômica e política, muita além do que o remédio consegue alcançar⁸.

A necessidade de elaboração de uma terapêutica para este público engloba a compreensão de uma situação também mundial. A cada ano, milhões de pessoas ao redor do mundo com doenças graves sofrem de forma desnecessária dores severas e outros sintomas debilitantes por conta da falta de acesso aos cuidados paliativos decorrente de um serviço de saúde inexpressivo para atender e promover qualidade de vida àqueles que estão em condições sérias de saúde (Human Rights Watch, 2011).

Na mesma cartilha, observamos uma representação isomórfica da realidade, cuja busca pela verdade sobre o corpo doente continua menosprezando as qualidades subjetivas inerentes à vivência da dor: “...Vários estudos confirmaram que a dor sentida pelo paciente com Fibromialgia é real, e não imaginária ou “psicológica” como alguns supunham.” (SBR, pp.10)

As implicações da não dialógica entre polos estão ilustrado no saber médico pelo privilégio dado a um corpo destituído de seu caráter subjetivo na análise médica, circunscrito em um funcionamento impessoal e a histórico mesmo quando a pessoa relata a dor. Não basta a criação de uma terapêutica para este público. Diante da condição da dor como um fenômeno subjetivo (Le Breton, 2013), há de se haver com um período que foi crucial na emergência da

⁸Vale ressaltar que todos os exemplos clínicos utilizados nesta dissertação proveem de estudos realizados acerca de pessoas que vivem e convivem com dores crônicas no grupo de pesquisa intitulado Complexidade, Hipnose e Subjetividade (CHYS) localizado no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), bem como é fruto de dois anos de atendimento clínico da pesquisadora a este público no grupo Acolher do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP-UnB).

impossibilidade de diálogo entre a noção de corpo e subjetividade norteadora de práticas ainda atuais. Sabemos que, ao longo de muitos anos, o corpo foi objeto de estudo exclusivo da medicina (Illich, 1975; Foucault, 2013) sendo assim, historicamente central no aporte teórico da prática médica solidificada no momento de construção do modelo biomédico entre os séculos XVII e XIX.

Na ambição pela busca da verdade sobre o corpo, a saúde e a doença, o objeto de estudo da medicina construiu-se em uma base cujos princípios fragmentam o sujeito, na medida em que valorizam seu funcionamento físico-químico em detrimento de outras noções que podem perpassar o corpo, como a singularidade de vivências que contribuem no entendimento das necessidades clínicas de cada sujeito.

A crítica persistente ao modelo biomédico aponta para a gravidade das estratégias de condução da terapêutica destes sujeitos. A ausência de um profissional de referência é praticamente unânime naquele que acolhemos em nosso serviço – CAEP (UnB) – o que percebemos resultar em consequências dramáticas: pessoas intoxicadas por ingerir uma alta dosagem de medicamentos, alguns até 25 comprimidos por dia, presenciando pouco alívio de suas dores. A condução da clínica médica apresenta limitações que, por vezes, caracteriza-se como violações da dignidade humana, seja assumindo como uma das únicas terapêuticas possíveis a ingestão excessiva de medicamentos, seja não assumindo a incapacidade ainda epistemológica de considerar a complexidade da dor, que necessita de uma postura interdisciplinar de acolhimento e estudo das possibilidades terapêuticas. Muitos sentem os incômodos desta ingestão, como náuseas, tonturas, tendo inclusive que passar por procedimentos cirúrgicos decorrente das complicações da ingestão excessiva de remédios.

Neste sentido, em geral o tratamento de dor crônica apresenta como diretriz terapêutica central a ingestão medicamentosa. No caso do Brasil, o Departamento de Assistência Farmacêutica corresponde a um dos principais responsáveis pela elaboração do

Protocolo Clínico e das Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica fomentado pela Portaria nº 1.083 de 02 de outubro de 2012. Este documento apresenta em sua referência bibliográfica uma sequência de mais de oitenta artigos internacionais, em sua maioria, referentes ao manejo medicamentoso ideal diante das especificidades da variação classificatória das dores crônicas, o que expressa a falta de pesquisas nacionais sobre a prevalência de dor crônica em nossa população, assim como sobre o privilégio dado à terapêutica medicamentosa.

Portanto, isto expõe discursos de poder que perpassam a regulamentação de condutas a partir da elaboração destas cartilhas e portarias. Sendo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas resultados de um consenso técnico-científico, nota-se que a avaliação técnica foi realizada por apenas dois Órgãos: o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SCTIE) e o Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS), o que caracteriza uma expressiva influência das indústrias farmacêuticas na conduta da clínica médica. Em suma, a qualidade do serviço médico brasileiro a pessoas que convivem com dor crônica perpassa discursos que expressam o modelo biomédico e a lógica do mercado de consumo de medicamentos, que contribuem para a destituição da subjetividade destes sujeitos no trato de seus corpos na clínica. Isto poderia constituir uma das questões bioéticas centrais no Brasil, na medida em que as diretrizes terapêuticas da dor crônica em nosso País não consideram as especificidades sócio-econômicas-culturais da prevalência de dor em nossa população, bem como a diversidade de terapêuticas não medicamentosas que podem estar configuradas em nossas particularidades culturais.

Com relação às terapêuticas não medicamentosas, recomenda-se a execução de exercícios físicos, massagem, acupuntura, agulhamento a seco sobre os pontos de gatilho e terapia cognitivo-comportamental. No âmbito da Psicologia, a terapia cognitivo-comportamental assume como foco um conjunto de estratégias, valorizadas em sua tecnicidade, por serem capazes de alterar as percepções da dor, modificando comportamentos

dolorosos (Figueiró, 2000). Todavia, o Protocolo não expressa outras possibilidades terapêuticas desempenhadas pelos saberes da Psicologia.

Colocar em questão o problema da eficácia de uma terapêutica a um público em específico não deve assumir como enfoque crítico se há ou não a capacidade de promoção de saúde ou de auxílio na mudança do modo e da qualidade de vida destas pessoas em nossas especificidades culturais. Ao mesmo tempo, não há a presunção em negar a potencialidade de generalização que estudos que englobam o funcionamento fisiológico apresentam para a elaboração de diretrizes medicamentosas para as pessoas que sentem dores crônicas. Diferentemente disso, o problema da eficácia e da generalização engloba a confusão naturalmente difundida entre pré-disposição e pré-determinação. Dizer que a configuração genética pode contribuir no desenvolvimento de comportamentos violentos, não indica que as pessoas que possuem comportamentos violentos, assim o são por razões genéticas. Pode ser que as terapêuticas recomendadas sejam eficazes, mas não é possível pré determinar que elas assim o sejam pela sua capacidade de generalização, até porque enfocar unicamente a generalização seria excluir o seu polo oposto - a singularidade-, que é crucial quando consideramos a dor como um fenômeno subjetivo.

A dor denuncia a regulamentação e o controle dos corpos, ela expressa os limites da condição humana e dos recursos metodológicos em lidar com uma temática que é sumariamente subjetiva. Dentre as escalas de avaliação da dor mais utilizadas estão a Escala de Dor Lanns e a Escala Visual Analógica (EVA), ambas correspondem a uma avaliação subjetiva. Na primeira, há uma sequência de questões para que o (a) dolorido (a) responda em sua mais sincera lucidez. Pede-se que ele diga se a dor parece com uma sensação estranha e desagradável na pele; se palavras como “agulhadas, “choques elétricos” e “formigamento” representam suas sensações. Do contrário, pede-se que ele mesmo pronuncie a melhor descrição. No segundo método avaliativo, sugere-se que, de 0 a 10, a pessoa diga como está a

dor naquele momento. Dessa forma, o tratamento consistirá na ingestão medicamentosa, na busca pelas alternativas não medicamentosas sugeridas e na replicação sistemática destas escalas até o momento em que o resultado indica numa melhora significativa das dores, o que, para o protocolo, significa uma melhora de qualidade de vida.

No caso da fibromialgia, é nacionalmente exposto pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) que, é através de suas reações, que a gravidade é percebida como nociva ao sujeito:

A reação à dor nota-se na presença de depressão, afastamento social, alteração do sono e cansaço. Tudo isso leva algumas pessoas, até mesmo profissionais de saúde, a terem dúvidas se os sintomas são reais ou não. Mas a experiência acumulada de anos, as histórias de dor muscular e outros sintomas sendo descritos da mesma maneira em vários locais do mundo, e mais recentemente a visualização do cérebro do paciente com Fibromialgia em funcionamento, permitem uma classificação bastante adequada dos pacientes como tendo esta condição. (SBR, p.9)

Portanto, quando há uma sintomatologia subjetiva, há dúvidas se, de fato, os sintomas são reais. O destaque dado ao modo de diagnosticar a fibromialgia é significativo, pois aponta para as limitações metodológicas para um diagnóstico acurado, principalmente quando enfatiza a prerrogativa do pensamento cartesiano, de que o cérebro, por ser o representante da razão, é o órgão mais importante do ser humano (Olivier, 1995).

Dado a significância estabelecida, historicamente, pelo saber médico à visibilidade dos sintomas e de suas causas para a eficácia de um tratamento, algo que pode ser transmitido para o próprio paciente, seja através de cartilhas (SBR, 2011), seja através do discurso perpassado no consultório médico; resta ao paciente escolher a melhor terapêutica para si, o que pode incorrer na transmissão falsa de que, ele mesmo, detém a liberdade sobre o seu corpo, portando consigo a possibilidade de variadas escolhas – massagem, terapia cognitiva comportamental, exercício físico, acupuntura, etc. - desde que respeite as normas regulatórias,

a medicalização em si e os valores perpassados na transmissão do conhecimento sobre o processo de tratamento.

Nota-se que, pessoas com dores crônicas são levadas a verem a dor como sensação, em seu sentido físico (Jackson, 1994). Segundo esta autora, para alguns, há a necessidade de explicar a causa, descrever as sensações, falar sobre as dores periodicamente para os outros acreditarem naquilo que eles mesmos experienciam. Uma paciente relata querer que encontrem algo no corpo físico que dissesse a causa da dor, seja um câncer, déficit hormonal, etc. A relutância dos próprios pacientes em verem as dores como complexa, pode decorrer da propagação regulatória do conhecimento e dos corpos perpassada em diversos âmbitos sociais.

Constituiu-se como uma questão importante compreender a problematização do corpo à produção subjetiva construída a partir das diretrizes terapêuticas elaboradas por instituições de referência, como a Sociedade Brasileira de Reumatologia e a Secretaria de Atenção à Saúde. É possível notar a partir disso que a elaboração de diretrizes terapêuticas realizada por instituições de referência são capazes de nortear a busca pela promoção de saúde, ao mesmo tempo em que assumem uma repercussão singular em cada sujeito, na medida em que eles se orientam por essas cartilhas ou recebe, através de orientações pessoais do profissional de saúde, a forma como ele se guiará em seu tratamento. A produção subjetiva que a pessoa exercerá sobre a sua vivência de dor perpassa estas influências que, de certa forma, representam o circuito de discursos de poder, o que também denominamos como a falsa liberdade sobre o corpo.

Apontar para esta influência apresenta dois motivos principais. O primeiro motivo refere-se a como a orientação às pessoas com dores crônicas atrelam-se a uma perspectiva do corpo, que apresenta uma subjetividade referida como imaginária, não real, sendo a presença da dor legitimada pelo corpo visível, “pela visualização do cérebro do paciente”, pois a

depressão, o afastamento social, sintomas considerados subjetivos, deixam dúvidas quanto ao diagnóstico acurado de dor crônica. A relação entre dor e corpo apresenta nestas orientações médicas uma concepção que não legitima a dimensão subjetiva e vivida que o constitui, não englobando estas dimensões como indicadores legítimos da presença da dor, algo que perpassa o contato clínico inerente ao atendimento em saúde a este público.

O segundo motivo foi esclarecer que diante das terapêuticas não medicamentosas apontadas pela cartilha, esta dissertação fomenta-se como transgressora, em parte, da orientação terapêutica de uma instituição de referência em nosso País no tratamento a pessoas com dores crônicas. Uma transgressão em parte, pois não é possível escapar desta influência dos discursos de poder na relação terapêutica. Conforme pontuamos, alguns chegam ao consultório no CAEP- UnB ansiando por mudanças rápidas de suas dores, assim como o medicamento sugere aliviar. Ao mesmo tempo, pessoas que sentem dores muitas vezes necessitam de uma expressão constante acerca da dor (Jackson, 1994) para que ela acredite que de fato ela é legítima, existente, pois ela, muitas vezes, não aparece visível em um exame de laboratório.

No entanto isto indica o caminho de nossa transgressão: olhar para as pessoas que chegam até nós a partir de outra visão acerca do corpo, uma visão que forma-se na prática em hipnose no atendimento a este público e através do estudo que a clínica de Milton Erickson propõe refletir sobre o corpo que vivencia dores cotidianamente. Este corpo encontra-se historicamente, socialmente, culturalmente situado e, por isso, necessita que assumamos a postura de uma terapia não medicamentosa transgressora àquilo que ilustramos como umas das orientações transmitidas às pessoas que receberam o diagnóstico médico de dor crônica em formato de cartilha e portaria.

Destaca-se o poder que o aparelho institucional pode exercer no cotidiano tanto daqueles que são assistidos pelos serviços de saúde, como por aqueles profissionais que

assumem o papel da assistência. Esta atenção estende-se a qualquer contexto clínico, seja nos consultórios dos diversos profissionais de saúde, seja no processo de escolha da melhor terapêutica não medicamentosa para si, etc. No entanto, a adoção da complexidade necessita pensarmos no caráter dialógico de entendimento da dor enquanto sujeito e objeto, corpo e mente, interno e externo em um processo de destituição das extremidades entre polos em detrimento de uma qualidade dialógica que permite pensarmos na dor como representante da condição complexa da humanidade.

1.3 Referências para o tratamento da dor

No contexto brasileiro, quando fazemos referência a pessoas que convivem com dores crônicas, enfatizamos uma dimensão passível de generalização: o recebimento do diagnóstico, a procura pelo sistema de saúde, a possibilidade de estar ingerindo medicamentos, etc, ao mesmo tempo em que damos privilégio a uma dimensão singular: cada um experiencia as dores de uma forma particularmente distinta: pulsa, queima, irradia, atrapalha as tarefas de casa, ou a execução do trabalho cotidiano, o cuidado dos filhos (as), influencia na relação conjugal, no humor, na disposição e vontade de viver.

O reconhecimento destas duas dimensões – generalidade e singularidade – corresponde ao trajeto epistemológico de condução desta pesquisa que perpassa a destituição dos polos de dicotomia: singular-geral, individual-social, mente-corpo, sujeito- objeto, através da consideração do caráter dialógico que estes polos assumem na condução de uma pesquisa, no que se refere fundamentalmente ao modo de construção do conhecimento (Morin, 2005). No processo de construção do conhecimento, um polo pode em determinado momento se sobrepor ao outro, ao mesmo tempo em que eles podem ser tratados com homogeneidade.

O caráter dialógico perpassa a consideração de que, diante da construção de uma política pública voltada para as pessoas que apresentam o diagnóstico de fibromialgia, por

exemplo, é necessária a elaboração de diretrizes que abarquem todos que assim convivem com este diagnóstico em uma dimensão geral, mesmo sabendo que a incidência maior da doença reside em mulheres em uma faixa etária específica. Esta faixa etária varia conforme os estudos são realizados em diferentes países. No entanto, a prevalência em mulheres é unânime nessas pesquisas (Marques, 2004). Mesmo assim, é necessário considerar os homens bem como as pessoas que não estão inseridas nesta faixa etária, mas que também necessitam dos cuidados do tratamento.

Quando se realiza um estudo qualitativo, cuja valorização reside na qualidade das informações em detrimento da quantidade de sujeitos participantes da pesquisa, pode-se notar que, entre duas pessoas que receberam o mesmo diagnóstico, a vivência subjetiva, o modo de vida, os hábitos cotidianos, a organização familiar, o modo como a pessoa se relaciona com suas dores e de que forma ela impacta em suas atividades, configuram-se como totalmente distintas entre um sujeito e outro. Neste momento, prevalece a dimensão singular em detrimento da dimensão geral, o que também é de extrema importância na elaboração de políticas: considerar a singularidade na diversidade de possibilidades de construção de terapêuticas. Portanto, a generalidade é parcial, na medida em que ela necessita ser contextualizada às necessidades também individuais. Ambas as dimensões devem ser consideradas no processo de elaboração de políticas públicas.

A relação dialógica entre estas dimensões faz jus a uma proposta já nacionalmente difundida de assumir o conceito de saúde como resultante das adequadas condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde conforme definido pelo primeiro Código de Ética Médica em 1988. O atendimento deve assumir uma proposta interdisciplinar de produção de conhecimento acerca da dor abarcando diversas áreas do

conhecimento como a psicologia, a medicina, a acupuntura, a fisioterapia, a educação física, a nutrição, etc.

Esta necessidade de mudança no atendimento ocorre diante de situações clínicas já descritas por outros autores anteriormente à publicação desse código. Notara-se que os (as) pacientes frequentemente observam que os (as) médicos (as) estão muito ocupados para prestarem atenção neles (as) e parecem desinteressados em seus problemas emocionais. Muitos (as) veem os médicos (as) como pessoas que estão lidando com os sintomas físicos e não como pessoas que poderiam levar em consideração as suas dificuldades emocionais. Estas dificuldades comumente perpassam a relação entre médico (a) e paciente, provinda pela sensação de fracasso em não trazer os alívios esperados para o sofrimento do paciente, ou pela atual ou antecipada rejeição do (a) paciente pelo (a) médico (a), por estes (as) não promoverem o alívio que eles esperavam (Finer, 1979).

Apesar de desde 1988 possuímos um direcionamento documentado acerca da mudança de entendimento da saúde e a constatação de autores (Bonica & Ventafridda, 1979) sobre a necessidade do trabalho com dor ser em um regime multidisciplinar, há instituições e documentos orientados ainda por um paradigma pós renascentista de compreensão da dor e do corpo e que merecem atenção, não apenas por se apresentarem como um guiador da prática dos profissionais que trabalham com pessoas que vivem e convivem com dores crônicas, mas por direcionam a vivência de quem é cuidado e cuidador das dores cotidianas para muitas pessoas, algo que percebemos no relato da experiência da dor de muitos que atendemos.

As particularidades que definem o especialista da dor perpassada por um discurso médico-científico representam um saber que lida com o corpo em fragmentos e que, diante da necessidade constante de especialização, tendem a esquecer que há uma pessoa que manifesta acerca da dor como aquilo que perpassa a si mesmo em totalidade, sendo, em suma, um fato existencial (Le Breton, 2013).

O controle da dor diretamente associado ao controle do sistema físico-químico representa uma prática proeminente, que perdura até os dias atuais com o aprimoramento da anestesiologia e de outros medicamentos para o alívio da dor, como anti-inflamatórios e analgésicos. Isto se constitui como um indicador do fato de o uso de medicamentos ser o principal responsável pelo tratamento de pessoas com dores, apesar de sabermos que, no que se refere à atenção neste campo, desde a década de 50, já possuímos novos fundamentos para a abordagem e tratamento da dor em todo o mundo a partir dos trabalhos de John Bonica, quem criou a primeira clínica de dor que deveria funcionar em regime multidisciplinar (Figueiró, 2000).

No Brasil, possuímos diversos centros de referência de tratamento de dor que seguem este pioneiro tanto em São Paulo, quanto no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul (Figueiró, 2000). Em maio de 1997, a Associação Médica Brasileira (AMB) criou o Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde, sendo concretizado em formato de portaria pelo Ministro de Estado da Saúde em janeiro de 2002, cujos objetivos são articular iniciativas governamentais e não governamentais para a atenção e assistência às pessoas que experienciam dor, estimulando a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares, articulando e promovendo iniciativas com o objetivo de incrementar a cultura assistencial da dor, da educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos.

Há também a Abrador (Associação Brasileira de Pacientes Portadores de Dor Crônica e Fora de Recursos Curativos, Seus Familiares e Cuidadores) que apresenta uma proposta de promover a educação comunitária e reivindicar melhoria na assistência e na disponibilidade de meios terapêuticos.

A proposta do Acolher na Universidade de Brasília (UnB) envolve promover um atendimento psicoterapêutico com o uso da hipnose no tratamento de pessoas com dores

crônicas. Nele, buscamos fomentar parcerias com outros profissionais de saúde que acompanham os pacientes em atendimento na UnB para que possamos ter conhecimento da forma como ele (a) está sendo acolhimento em outros serviços de saúde, o que contribui para o planejamento do trabalho psicoterapêutico.

Abordar a prática em hipnose em um estudo sobre a experiência da dor constitui-se como um desafio de superar uma historicidade que revela uma marginalização desta prática em detrimento dos avanços na anestesiologia, em específico das inalações anestésicas (Prescott, 1971).

A hipnose presenciou historicamente uma mudança de visão acerca do corpo, assim como a medicina vivenciou historicamente uma perspectiva de corpo atomizado, a histórico e impessoal. Os primeiros magnetizadores e hipnotistas buscavam inspiração no projeto moderno de ciência ao mesmo tempo em que evocavam noções próprias da subjetividade como emoções, fluidos, imaginação, moral e vontade (Neubern, 2009a, 2009b). Apesar de eles estarem ligados a medicina, a visão organicista das doenças pouco era perpassada pelo campo inicial de práticas em hipnose no tratamento de dores. Diferentemente da perspectiva do corpo doente, este recebeu a influência de uma visão de corpo renascentista, cujo homem encontra-se intimamente relacionado com a natureza e o mundo. O corpo, a alma, o mundo interior e o mundo exterior interagem permanentemente como se tudo isso pertencesse a uma substância só (Viviani, 2007).

Já na metade do século XX, a criação da hipnose baseada em uma proposta positivista instaurou na perspectiva de corpo uma violenta destituição de sua capacidade subjetiva diante dos experimentos quantificáveis e legitimadores da prática da hipnose no trato das dores, que progressivamente encontrou espaço em diversas pesquisas que demonstram a sua eficácia como parte integrante de tratamentos, cuja medicina tradicional encontrou dificuldades em tratar (Weisberg, 2008). Ao mesmo tempo, os estudos da prática da hipnose têm sido

influenciados pela medicina tradicional, cuja ênfase principal caracteriza-se pela eficácia das sugestões hipnóticas e de fenômenos hipnóticos como a analgesia através do monitoramento do funcionamento cerebral (Chaves & Dworkin, 1997; Feldman, 2004).

Desde a metade do século passado, as pesquisas acerca da analgesia hipnótica têm crescido substancialmente e tem tido uma influência significativa nas estratégias terapêuticas para as dores crônicas e agudas (Chaves & Dworkin, 1997). Apesar de reconhecer que a dor crônica altera o funcionamento cerebral (Baliki, Geha, Apkarian & Chialvo, 2008) assim como a indução hipnótica, persistir neste modo de legitimação científica, seria estar consonante a um modo de construção do conhecimento que busca revelar ou descobrir sobre a dor, estudando-a como uma entidade independente, dando ênfase à hipnose como uma técnica, um estímulo externo, que, diante do (a) hipnotizado (a), torna-se um poderoso veículo de alteração do funcionamento fisiológico.

De fato, a hipnose é capaz de gerar uma plasticidade do sistema nervoso central. Ela é capaz de estimular os reflexos com maiores tempos de latência; de promover um bloqueio simpático, aliviando as respostas da dor (Finer, 1979). Critica-se esta perda das qualidades subjetivas seja quando abordamos o corpo, a dor ou a hipnose segundo os ideais de cientificidade da ciência moderna.

A desconstrução de uma perspectiva do corpo vislumbrado pelo modelo biomédico implica, neste trabalho, uma reflexão de cunho teórico acerca da categoria do corpo para refletirmos sobre uma nova proposta de estudos desta categoria a partir da psicoterapia com pessoas que vivem e convive com dores crônicas, algo que tem sido praticado por nosso grupo de pesquisa.

A ênfase à corporeidade na psicoterapia assume, por excelência, esta tentativa de estabelecer um contexto de consideração do caráter dialógico, cujo polo da mente e do corpo, do sujeito e do objeto, não apresenta variância quanto à dominância. Isto significa que a busca

de reflexão sobre este tema não dará privilégio a um polo em detrimento do outro (Neubern, 2004), apesar de saber que do contrário torna-se verdadeiro quando, no domínio da medicina, ainda verificamos uma produção cuja valorização dada ao corpo tende a desconsiderar a mente, a dimensão subjetiva, psicológica, inexpressiva na busca da real causa da dor crônica.

Para compreender a dor em uma área de pesquisa que presa pela qualidade da relação no processo de indução hipnótica, dificilmente é aceitável a permanência de uma visão segmentária, impessoal, praticamente cadavérica acerca do corpo. Por isso, a condição histórica de estudo do corpo na clínica aponta para as necessidades de mudança que as relações humanas impõem, principalmente em um contexto de atendimento, que possibilite o desencadeamento de um processo responsivo para aquilo que naturalmente acontece quando a hipnose se faz presente: ela modifica, amplia e permite a variação da capacidade de sugerir e repetir (Erickson, 1994).

Ao criticar a condição histórica do corpo na clínica, enfatizamos o advento da anatomia patológica do século XVIII e XIX como um dos representantes deste esforço geral de objetivação, da fragmentação do organismo humano, dando privilégio ao entendimento do sistema físico. Se a qualidade da relação constitui como uma das prerrogativas para o trabalho com a hipnose (Haley, 1991), dificilmente uma pessoa que olha o outro em um corpo destituído de subjetividade, pode construir uma indução que faça jus a uma proposta clínica, cuja hipnose torna-se terapêutica para o sujeito.

Vale ressaltar, que a hipnose orientada por Milton Erickson corresponde à perspectiva psicoterápica ao qual partimos para o auxílio das pessoas com dores crônicas. Todavia, a hipnose será apresentada de forma ilustrativa por estar presente cotidianamente nos trabalhos psicoterápicos da pesquisadora. Além disso, ela estará presente em exemplos e modos de reflexão que apresentam como objetivo exclusivo auxiliar na compreensão da relação entre dor crônica e corpo na promoção de saúde.

No âmbito da qualificação profissional para o atendimento a pessoas que convivem com dores, há autores (Bonica & Ventafridda, 1979; Figueiró, 2000) que dizem ser imprescindível investir na educação dos profissionais de saúde que atenderão este público posteriormente. A necessidade de fomentação de políticas para o incentivo à educação continuada, a presença de pessoas que chegam para serem atendidas tomando um excesso de medicamentos sem um (a) profissional médico (a) de referência, revela ainda o caráter deficitário do atendimento em saúde do nosso País. O modo de instruir os cuidadores e aqueles que necessitam de cuidado através de cartilhas que valorizam a compreensão biológica da dor pouco acolhe a experiência da dor em sua dimensão vivida.

Um dos principais lemas da medicina (Figueiró, 2000) é “*Sedare dolorem opus divinum est*” (Aliviar a dor é uma obra divina). Se a medicina apresenta em suas ideias norteadoras um caráter religioso-cultural em um poder curativo, como esta dimensão social, cultural e subjetiva pode ser excluída ao lidar com o outro em uma separabilidade intermitente entre corpo e mente seja no manuseio de seu corpo com enfático valor dado ao cérebro, ao sistema nervoso central; diante da condução de uma avaliação sobre a dor ou na fomentação de possibilidades de observação da dor na clínica em um projeto teórico e técnico.

Aliviar a dor realmente pode ser uma obra divina nesta perspectiva, pois a dor denuncia a regulação e o controle sobre os corpos, ela expressa os limites da condição humana e dos recursos metodológicos em lidar com uma temática que apresenta ordens de experiência impossíveis de serem compreendidos apenas por uma dimensão biológica, físico-química ou anatomoclínica. Por isso, a valorização da experiência da dor nesta pesquisa será conduzida por outro modo de compreender a expressão e experiência do corpo próprio.

1.4 A inscrição histórica e social do corpo na compreensão da experiência da dor

*“Minha dor é silenciosa e triste
Como a parte da praia onde o mar não
chega.”*

(Álvaro de Campos)

A dor acomete muitas pessoas. Ela sorrateiramente pode invadir sem pedir permissão. Surpreende alguns médicos (as) que não entendem como procedimento algum pode ter dado resultado. Ela é capaz de mudar os planos de vida de uma pessoa, de unir e desunir, acabar com relacionamentos e fortalecer outros. E, por chegar sem avisar, tem quem viva em um tempo ansioso, à espera do incômodo. Para alguns, ela é triste e silenciosa. Para outros, ela é a chance de sair do emprego indesejável. Há os (as) que precisam falar constantemente dela, como se ela fosse “todo o seu ser” (Jackson, 1994); há aqueles que não querem atrapalhar falando de si mesmo (a), de suas dores.

Existem múltiplas formas de vivenciá-las. Diferentemente da dor aguda, que começa subitamente e dura pouco tempo, como algumas dores de cabeça, dores de pancadas, etc.; a dor crônica com frequência é invisível (Helman, 2009b). Muitas vezes, há poucas marcas visuais, como um hematoma, um curativo, uma cicatriz ou uma tala gessada que permite aos familiares e amigos lembrarem a dor e de como ela originalmente começou.

Diante das múltiplas formas de vivenciá-la, as dores apresentam uma qualidade subjetiva relacionada aos vínculos e relações que esta pessoa estabelece com a família e à comunidade, ao modo como ela percebe si mesma (autoimagem), à relação que estabelece com o seu trabalho, etc. O pertencimento histórico, cultural e social do corpo indica uma valorização das qualidades subjetivas de dor, que podem estar relacionadas aos seus vínculos e relações sociais com a família, a comunidade e até com pessoas já falecidas ou pertencentes ao mundo espiritual (Neubern 2010).

Quando atendidas em um serviço médico, comumente pergunta-se: “De 0 a 10, como estão as suas dores?”, o que pouco revela acerca da qualidade subjetiva das dores naquela pessoa em específico. Nota-se que este valor numérico pode variar estando na presença do (a) psicoterapeuta no consultório, em um contexto familiar ou de outras pessoas da comunidade a depender dos sentidos que esta pessoa constrói em seus contextos. As dores também estão relacionadas às suas inserções sociais, étnicas, geográficas, institucionais, familiares, políticas e culturais (Neubern, 2010).

Quando destacamos a necessidade de consideração do poder institucional na construção de práticas de cuidado, destacamos as contribuições de Foucault (1977, 2013) relativas ao entendimento do corpo construído pelos saberes do modelo biomédico como criação histórica de uma corporeidade que destituiu a dimensão vivida no entendimento da experiência da dor.

Não se pode negar que há um processo histórico constitutivo da corporeidade quando há referência à dor como denúncia acerca da regulamentação e controle dos corpos; à presença do controle reprodutivo no ideário do corpo perfeito (Vieira, 2002) e ao controle sobre os corpos na história da sexualidade (Foucault, 1977).

Na ótica de Foucault, o corpo enquanto uma criação discursiva inscrita histórica e culturalmente nos modos de subjetivação (Foucault, 1977, Silveira & Furlan, 2005) deve ser considerado na compreensão de que os modos de instrução da população sobre a prevenção e a promoção de saúde, e, também, o aprendizado dos profissionais de saúde, perpassam a existência como um corpo que representa estes modos discursivos seja na forma como a pessoa se percebe ou como percebe o mundo, o tempo, o espaço, as relações com o outro.

Estudos acerca da antropologia da dor (Csordas, 1994, 2002; Clastres, 2003; Helman, 2009a, 2009b; Le Breton, 2013) apontam para reflexões importantes acerca de como sabemos da nossa dor e da dor do outro, como a vivenciamos e a expressamos.

Pierre Clastres, filósofo francês, fundamenta suas pesquisas em estudos etnológicos, revelando ser extenso o número de sociedades primitivas que caracterizam a tortura como essência do ritual de iniciação dos jovens à vida adulta. “O corpo mediatiza a aquisição de um saber, e esse saber é inscrito no corpo” como “o ponto de encontro de um *ethos* tribal” e “um espaço propício a conter o sinal do tempo, o traço de uma passagem, a determinação de um destino” (Clastres, 2003, p. 198).

A meta característica destes ritos de iniciação - provocar sofrimento - implica a compreensão da experiência da dor como uma possibilidade de sentir-se pertencido socialmente e culturalmente e, também, como um modo de avaliar a resistência pessoal. “A sociedade imprime a sua marca no corpo dos jovens” (Clastres, 2003, p. 201) porque ela enuncia a lei da sociedade arcaica e sem Estado. Precisamente, o próprio corpo é o *ethos* tribal por enunciar a sua própria lei nas marcas corporais, onde o jovem nem terá o desejo do poder, nem desejará ser submisso.

Na Bíblia e na Mitologia Grega, a dor se manifesta como lancinante no corpo como uma punição divina. Para as ciências naturais, as pesquisas semiológicas se constituem como bases para a fomentação de tratamentos com o objetivo fundamental de apaziguá-las (Maesso, Chatelard & Fernandes, 2012). Já sabemos que as dores apresentaram-se de diversas maneiras ao longo da história.

Na psicoterapia, a inscrição do saber no corpo a partir das pesquisas semiológicas ocorre quando observa-se pessoas que apresentam múltiplos diagnósticos: fibromialgia, artrite reumatóide, artrose, cefaleia crônica, etc. No caso da fibromialgia, sabe-se que a incidência maior ocorre no sexo feminino (Okada et al, 2001; Marques, 2004). Quando um homem recebe este diagnóstico e precisa de atendimento psicoterápico, deve-se considerar que este diagnóstico sumariamente expressa os problemas de gênero como capazes de instituírem formas muito distintas de lidar com a dor.

Além disso, sustentar a dor em silêncio pode ser um sinal de virilidade em certas culturas (Helman, 2009a). Em contrapartida, às mulheres são permitidas as expressões, à sua maneira, acerca do seu sofrimento.

Há também diferenciações relativas ao modo de sentir e encarar a dor de acordo com o que se espera socialmente de crianças, adultos ou idosos. A dor pode expressar a inscrição cultural e social do corpo como, inclusive, um modo de pertencimento social. Ao mesmo tempo, há particularidades singulares em seu modo expressivo em pessoas que pertencem à mesma cultura. Alguns podem perceber a dor como penitência divina, como resultado de transgressões morais (Helman, 2009a). Isto pode impedi-las de buscarem ajuda a profissionais de saúde qualificados no atendimento a pessoas que vivem e convivem com dores. Elas podem recorrer a rituais religiosos, como o exorcismo, a benzedadeiras, feitiçarias, magia negra, etc.

Nota-se, em outros, a busca por outra medicina que seja capaz de compreendê-lo de outra forma, enquanto corpo e enquanto pessoa. A medicina chinesa tradicional e a medicina tibetana costumam lidar com noções como fluxo, desbloqueio, concentração e desequilíbrio energético, que ligam o corpo ao universo. Além disso, apresentam mapas corporais com concepções bastante distintas da anatomia ocidental. No hinduísmo e no budismo, consideram-se os chakras como pontos de concentração e recepção de energia localizados ao longo do eixo central do corpo (Helman, 2009b). Portanto, neste caso, a dor pode ser concebida como fruto de um desequilíbrio energético e não precisa ser visível para ser real.

Isto aponta para um ponto importante de reflexão: a singularidade dada à dor como experiência subjetiva que serão constitutivamente referidas à sociedade a qual pertencem. Se buscarmos saber sobre nossas dores e sobre as dores dos outros a partir de um corpo que se apresenta como criação discursiva (Foucault citado por Silveira & Furlan, 2005) ou como um corpo que permite a fomentação de um *ethos* tribal de acordo com as regras sociais no qual se

inscreve isto não necessariamente corresponde a afirmar que incorremos numa perspectiva idealista, na qual nada é senão objeto de nossa consciência (Hidalgo, 2009).

Ao considerar as contribuições relativas aos trabalhos de Thomas Csordas (2002,), percebe-se a importância dada à noção de *habitus*, desenvolvida por Bourdieu, para pensar sobre a construção de um paradigma da corporeidade que permita o entendimento dos processos de cura em ritos religiosos da comunidade norte-americana. Esta noção remete ao corpo pré-reflexivo enquanto terreno da cultura e do *self*, o que implica dizer que o pertencimento social ocorre a nível pré-reflexivo, antes mesmo de se tornar objeto de nossa consciência, ao considerar o corpo como o veículo do ser no mundo e o saber como inscrito no corpo, que corresponde ao envoltório das ações, onde encontram nos movimentos sua encarnação e o seu “*ethos* tribal” (Clastres, 2003).

Esta perspectiva distancia-se também, deste contexto de discussão e crítica ao modelo biomédico, a adoção do pensamento realista, no qual existe uma dor real a ser observada através do funcionamento cerebral ou através de qualquer evidência de ordem físico-químico, conforme observado no projeto da anatomia clínica de cientificidade, cujas consciências só podem estar inseridas no tecido do mundo objetivo e dos acontecimentos em si.

Em sua constituição, a expressão da dor remete à sociedade ao qual o sujeito pertence. As dores expressam os limites metodológicos de elaboração das terapêuticas médicas atuais, assim como expressam as singularidades dos modos sem os quais a subjetividade não pode faltar como central na relação em que ela estabelece com o corpo.

Por isso, há a obrigação de buscar caminhos clínicos que as compreendam como constitutivamente referidas à sociedade às quais pertencem e enquanto uma experiência vivida, pois se a dor é silenciosa e triste, ela demonstra, nesta afirmativa, que ela é capaz de modificar a experiência do sujeito em relação ao mundo, aos outros, em relação ao seu próprio corpo, de distanciamento ou aproximação, na medida em que o corpo em dor pode ser

imprevisível (Le Breton, 2013), sorrateiro, misterioso, pode ser a expressão de “todo o ser em dor” (Jackson, 1994).

As doenças ditas corporais não são apenas corporais, nem as psíquicas são apenas psíquicas. Desconstrói-se uma causalidade propositiva na manifestação sintomatológica de uma doença. Esta observação revela as limitações do corpo biomédico ao não reconhecer o caráter histórico, cultural, político e social do corpo e como as dores, sendo percebidas em sua qualidade subjetiva, abre possibilidades de consideração da pessoa atendida como alguém que apresenta-se em dor, enquanto um ser físico-químico, mas que sumariamente apresenta qualidades de expressão que perpassam diferentes dimensões experienciais, sejam elas físicas, biológicas, espirituais, sociológicas ou históricas.

Então, questiona-se, a partir deste contexto, como o psicoterapeuta se comunica com o corpo e, crucialmente, para que corpo nos comunicamos ao longo do processo psicoterápico.

Considera-se a zona de sentido do corpo como central na reflexão acerca da clínica, especialmente na prática em hipnose orientada para as pessoas que sentem dores cotidianamente. Constituindo-se como um eixo de reflexão, o corpo representa uma zona de inteligibilidade para questões importantes, como a construção da relação terapêutica, principalmente no que concerne ao modo como o terapeuta compreende o sujeito em dor, assim como a compreensão do corpo em transe. Ao mesmo tempo em que notamos a presença de registros simbólicos e emocionais atrelados aos diferentes modos de expressão acerca das dores, percebe-se que as dores são apresentadas como intimamente relacionadas a mudanças posturais e de movimentação que, por vezes, apresentam semelhanças não apenas ao local onde elas sentem dor, mas também à qualidade subjetiva com a qual vivenciam esta dor.

Delineia-se como proposta abordar o corpo vivido considerando a relação entre as dimensões de autoimagem e esquema corporal como base de compreensão para a experiência da dor.

A escolha destas duas dimensões expressa a anatomia simbólica, a conexão entre dimensões físicas, biológicas, sociológicas, simbólicas, emocionais, etc.; e que participam da noção da dor complexa. Está relativa ao processo pré-reflexivo inerente ao corpo, na medida em que valorizamos as contribuições de alguns autores (Csordas, 1994, 2002, 2011; Gallagher, 2005, 2011, 2012a, 2012b) pela sua capacidade de valorizar a constituição social do corpo a partir de uma pré-operacionalidade – *habitus* e esquema corporal – e de possibilitar a compreensão do corpo e da dor em sua dimensão vivida.

1.5 A corporeidade como proposta de compreensão

O entendimento acerca da corporeidade neste modo de condução clínica, neste trabalho, encontra uma base referencial na epistemologia francesa que se caracteriza pelo rompimento com uma análise linear dos eventos, objetos e sujeitos científicos e o comprometimento com as condições necessárias para que um pensamento seja dito. Além disso, ambos são envelopados por um dispositivo cultural e reflexivo de suspeita sobre os saberes em geral e sobre os seus desdobramentos na constituição das mentalidades e das corporeidades (Silveira & Furlan, 2005).

Particularmente nos trabalhos de Merleau-Ponty (2006, 2011), a pesquisadora buscará encontrar possibilidades de compreensão acerca do corpo em dor. Sabe-se que já existem outros (as) autores (as) que trabalham clinicamente com a perspectiva deste autor (Alvim, 2007; Csordas, 2002; Jackson, 1994, Lyon & Barbelet, 1994, Low, 1994; Neubern, 2012, 2014) e que, certamente, contribuem para reflexão acerca da corporeidade com a ideia de que há uma vasta possibilidade de produção de conhecimento sobre o corpo na psicoterapia.

Em sua primeira tese intitulada “Estrutura do Comportamento”, o autor propõe entender o problema da relação entre natureza e consciência a partir do exame crítico da noção de comportamento. Abandona-se o pensamento causal ou mecânico em detrimento do

pensamento dialético, o qual “consiste em radicalizar a tensão entre os dois polos para mostrar, nesse mesmo gesto, o fundo tácito sobre o qual ambos se movem sem que nisso esteja implicada qualquer espécie de síntese dos opostos” (Hidalgo, 2009, p. 17).

Este abandono é crucial no entendimento da relação entre corpo e dor na ingestão medicamentosa. Esta constatação justifica-se pela própria situação da pessoa com dor ao tomar medicamentos: em algumas, há um alívio significativo da dor e, em outras, que chegam a ingerir mais de 15 comprimidos diários, a pessoa descreve-se como quem não suporta mais viver por conta das dores e mal consegue sentar para ser atendida em psicoterapia. Em sua proposição, o medicamento deve ter um efeito físico-químico com o intuito diretivo para o alívio das dores. Todavia, em muitos casos isto não acontece, o que permite afirmarmos que a dor demonstra a complexidade inerente ao corpo presente como, por exemplo, no modo qualitativo de expressão de suas sensações.

Esta dialética permite-nos afirmar que dor não apenas pode ser compreendida a partir de uma ânsia interpretativa ao nível físico. Conforme Morin (2012) é possível atingir o psíquico pelo químico, o bioquímico pelo psíquico e, por vezes, atingir um ao outro pelas mudanças no modo de vida. O enfraquecimento imunológico pode ocorrer por vias emocionais, bem como a cura de uma doença. Com isso, percebemos que o estado de inseparabilidade dos polos (físico-psíquico) os revela como sistemas complexos, na medida em que eles são autônomos entre si ao mesmo tempo em que complementares. O mesmo pode ser observado na construção da linguagem como uma entrecruzilhada essencial do biológico, do humano, do cultural e do social. Segundo Morin (2012, p.37), “o homem faz-se na linguagem que o faz”. Portanto, essa construção depende de uma sociedade, de uma cultura, de seres humanos que, para se constituírem, dependem da linguagem.

O corpo insere-se na proposta de discussão em Merleau-Ponty (2006a) ao buscar resolver o problema da relação entre corpo e alma pela significação filosófica da forma, a qual

perpassa a necessidade de assumir um pensamento dialético através de um exame crítico da noção de comportamento. Por sua vez, o comportamento é compreendido enquanto estrutura, o que significa romper com a dicotomia sujeito e objeto na medida em que esta definição engloba compreender os comportamentos de acordo com a sua lei imanente, o qual desencadeará no entendimento deste binômio (corpo e alma) a partir de três ordens de significação ou estrutura ao qual denomina como física, vital e humana.

Com relação à zona de sentido do corpo, a consideração deste processo dialético em Merleau-Ponty (2006a) implica dizer que, enquanto falamos sobre o corpo, por exemplo, nós somos tudo aquilo que falamos. Com isso, “a gênese da percepção desde os “dados sensíveis” até o “mundo” devia renovar-se em cada ato de percepção, sem que os dados sensíveis tivessem perdido o sentido que deviam a essa evolução” (Merleau-Ponty, 2011, p. 141).

Dessa forma, o corpo perceptivo para este autor sabe antes mesmo que haja uma racionalidade discursiva acerca daquilo que ele iria dizer, apresentando, por isso, uma historicidade constitutiva passível de renovação a cada ato de percepção. Para ele, o psiquismo reúne em si o seu passado, o seu corpo e seu mundo (Merleau-Ponty, 2011). Há uma dialética entre aquilo que é visto e aquilo que minha boca diz a respeito do que eu vejo, o que implica dizer que ao mesmo tempo em que o sujeito é visível ou tocado, ele é vidente e tocante.

O corpo perceptivo enquanto um processo dialético passível de renovação a cada ato perceptivo, esperançosamente nos remete às mudanças terapêuticas relativas à configuração das dores e da capacidade de construção de novos sentidos subjetivos nos diversos contextos onde a pessoa atual. Os contextos perpassam a historicidade, a cultura de diversas instituições, vínculos e trocas afetivas. A esperança declina na potencialidade de alterar estes contextos nesta oportunidade de renovação que ser o corpo enquanto nosso terreno existencial pode proporcionar. Acima de tudo, esta mudança remete ao ser sujeito também proporcionado por

esta “pausa” a cada ato perceptivo. A dor pode ser percebida como lancinante, silenciosa ou triste. Todavia, a existência apresenta de forma inerente estes atos de percepção que geram a possibilidade de construir novos sentidos sobre as dores. Mais do que uma geração a nível subjetivo, estes atos permite a recriação de si em uma historicidade pré-reflexiva, o que permite afirmarmos que a dor sumariamente é uma experiência vivida.

A zona de sentido do corpo será abordada na clínica remetendo a um diálogo mais íntimo com Merleau-Ponty (2006, 2011) justamente por evocar na pesquisadora ao longo do atendimento psicoterápico a este público esta necessidade em compreender o processo de mudança terapêutica que desencadeia mudanças posturais e de movimentação.

Neste sentido, os trabalhos deste autor correspondem ao posicionamento teórico central desta dissertação por ser capaz de proporcionar uma base de inteligibilidade para questões importantes da clínica relativas ao corpo como constituinte das trocas humanas, principalmente por permitir a construção de caminhos para o entendimento destas trocas como fundamentais para a reconfiguração de experiências.

A partir desta definição de corpo, compreendemos que a autoimagem situa o sujeito frente a si e ao mundo (Neubern, 2014). Sendo assim, ela perpassa diferentes registros sociais e culturais, atrelando-se a questões relativas ao papel familiar, geográfico, ao pertencimento étnico, folclórico, de gênero, estando todas estas inscrições culturais encarnadas no corpo. Ela constitui um eixo importante de consideração por também permitir a problematização do corpo em dor, na medida em que a presença da dor pode alterar um conjunto de movimentação e de posturas; alterar sua posição em termos econômicos e familiares; produzir sentimento de fracasso e decepção por eventual alteração da performance profissional e, por fim, tornar-se um núcleo identitário do sujeito.

A autoimagem não apenas atrela-se a estes diferentes registros, ela atrela-se a um posicionamento do sujeito perante si mesmo. Neste sentido, o sujeito deve ser considerado de

modo a permitir a reflexão acerca das mudanças nos padrões de dores situada em um corpo vivido. Neste trabalho, buscar-se-á este entendimento a partir do sujeito perceptivo em Merleau-Ponty (2006, 2011).

Na medida em que também consideramos as ordens de experiências como uma possibilidade explicativa para a mudança terapêutica em dores crônicas, o esquema corporal representa um eixo de discussão importante por participar intimamente da mudança de experiência de dor, evidenciada pela mudança postural e de movimentação em alguns pacientes.

O conceito de esquema corporal conecta-se à ideia de um corpo em movimento que assume ativamente o espaço e o tempo pelo fato de sermos um corpo (Merleau-Ponty, 2011). Há a inquietude do modo como a reorganização do esquema corporal proporciona uma redefinição da percepção dos pacientes face à emergência de novas experiências proporcionada pela alteração de elementos do próprio esquema, como quando a pessoa começa a ampliar o seu espectro de movimentação e a poder desenvolver novas atividades e a fazer outros trabalhos que antes não era possível por conta das dores.

A consideração destes conceitos como elementos relevantes para a reflexão acerca da psicoterapia a este público apresenta sumária relevância por evocar noções como singularidade, autonomia, pessoalidade, relação. Isto implica dizer que violenta-se o sujeito com dor crônica se a ambição fundante permeia a eliminação das dores pelo bombardeamento de técnicas; violenta-se ao excluir a compreensão da diversidade cultural e social de experiencição da dor e de que forma isto participa na construção da autoimagem e do esquema corporal daquele sujeito; violenta-se se não valorizamos a singularidade na fomentação de políticas públicas, pois, se assim não fizermos, a instituição será dada a indivíduos e não a sujeitos; violenta-se assim como o sentenciado foi violentado ao ser menosprezado pelo oficial em sua capacidade básica de reflexão na Colônia Penal de Kafka: “

Seria inútil comunicá-la. A sentença é aplicada ao corpo”. De semelhante forma, a condição histórica de estudo do corpo na clínica anuncia esta violência, incentivando a construção de novos caminhos para o seu estudo em relação à dor.

CAPÍTULO II

Corporeidade, esquema corporal e autoimagem: eixos para a discussão sobre a experiência da dor

“(...) entrar no esquema de seu corpo significa integrar esse corpo, com toda a sua disponibilidade motora, numa direção existencial desvendada pelos símbolos (...) Põe em ação toda a presença corporal no mundo”.

(Bossu & Chalanguier, 1975)

O movimento de produções científicas avessa à herança histórica da medicina como prática disciplinadora e normalizadora apresenta uma coerência com a proposta deste capítulo, que representa um rompimento com esta condição histórica de estudos do corpo e de prática clínica.

Se considerarmos o contexto (Neubern, 2010) clínico como um conjunto de processos e registros simbólicos que perpassam as relações humanas e que podem estar relacionados às histórias individuais dos sujeitos, aos cenários sociais em que atuam, bem como à posição social, grupo familiar, consideramos a importância das relações, o que implica a fomentação de trocas que desqualificam a imposição de procedimentos padronizados e generalizáveis no que se refere ao trato de pessoas com dores crônicas.

Vale considerar as inquietações de Neubern (2012) acerca das possibilidades que o estudo da clínica pode proporcionar para o aprofundamento teórico e epistemológico de questões, por exemplo, como se baseia a observação, como se considera a singularidade do outro, como conceber o inconsciente, as emoções, o uso da linguagem como se conhece o outro a partir da relação clínica, como o terapeuta deve se colocar e se observar na relação. Em acréscimo, consideramos como conceber a corporeidade (Merleau-Ponty, 2006, 2011).

A corporeidade também apresenta esta necessidade de aprofundamento ao mesmo tempo em que ela pode representar a base da observação, do modo como o terapeuta deve se colocar e observar a relação.

Sabe-se que a inclusão do corpo na psicoterapia não é uma novidade contemporânea. Todavia, o corpo frequentemente aparece associado como um território separado do mundo, autônomo e que, apesar de poder se relacionar com a cultura e as trocas sociais, permaneceria como fruto da biologia (Neubern, 2013).

Este capítulo apresenta como proposta principal abordar o corpo vivido considerando a relação entre as dimensões de autoimagem e esquema corporal como base de compreensão para a experiência da dor, o que remete à importância de consideração do corpo na psicoterapia a pessoas que vivem e convivem com dores crônicas.

2.1 Reflexões sobre a relação psicoterapêutica

Diante de tal proposta, devemos perguntar de que forma esta definição, proposta por Merleau-Ponty (2006a) pode oferecer à prática do (a) psicoterapeuta que, diante de si, vivencia relações com pessoas que convivem com dores diariamente.

As relações perpassam mudanças que podem remeter ao tom de voz e na execução de gestos e olhares por parte do terapeuta, o que pode desencadear mudanças fisiológicas no paciente, como a ocorrência de espasmos, choros, tremores, calafrios, suores. A fisionomia do (a) paciente pode assumir um aspecto mais ou menos rígido, sua respiração pode ser tornar mais ou menos profunda, na medida em que a psicoterapia acontece.

Ao mesmo tempo, o (a) psicoterapeuta e o (a) paciente ao construírem uma relação terapêutica, naturalmente rompem com ideais de cientificidade do paradigma moderno quando percebe que o desencadeamento de mudanças fisiológicas e fisionômicas estão intimamente conectadas a este processo de construção da relação, o que distancia

significativamente a consideração de uma postura neutra do (a) pesquisador (a) e terapeuta no contexto psicoterápico. Até por que estes conjuntos de movimentações ganham sentido no mundo vivido⁹ de ambos os construtores do cenário terapêutico, sendo perpassados por referenciais de espacialidade, temporalidade, materialidade, causalidade e relações com os outros (Ellenberger, 2004).

Dessa forma, a proposta do olhar médico revela as limitações epistemológicas da proposta científica moderna quando do estudo do corpo tendo como foco a dor crônica, a começar pelo método científico de estudo desta temática conforme ilustramos, citando os moldes de avaliação do especialista em dor. Aliado ao processo de dessubjetivação da pessoa que vive e convive com as dores, ilustrado pelo próprio manejo da investigação sintomatológica que pode acessar a vida íntima do paciente sem temer o desencadeamento subjetivo desta proposta, há as contradições inerentes à tentativa de objetivação do corpo como uma máquina biológica. Isto encontra-se não apenas pela presença irrefutável da cultura em sua constituição, como da subjetividade do (a) pesquisador (a) no processo de construção do conhecimento científico, pois a objetividade só pode vir de um sujeito, o que seria inacreditável para quem subjetivamente nega toda existência ao sujeito (Morin, 2012).

Nesses termos, a psicoterapia revela-se como um cenário de pesquisa. Tratar do tema da corporeidade como pesquisadores (as) implica a inclusão de nós mesmos (as) como corpos em ação. Ao observarmos a reação dos nossos pacientes, estabelecemos um contexto relacional cujos corpos interagem entre si, como uma dança em que o ritmo e a cadência fluem conforme a condução dos dançarinos que somos.

O processo psicoterapêutico pode evocar percepções conscientes, como imagens, sensações, emoções, ideias tanto no terapeuta quanto no paciente. No entanto, cabe ressaltar

⁹O conceito de mundo vivido refere-se à estrutura das relações significativas onde as pessoas existem e onde estão designadas a participar (Rollo May, 2004).

que elas não operam sobre o corpo, elas são o corpo (Maturana & Varela, 1995; Merleau-Ponty, 2006, 2011). Na mesma proporção, estas percepções conscientes participam do processo de conhecer como conhecemos. Neste sentido, é inevitável a concordância com esses autores de que este processo também é um ato de questionar a nossa experiência de mundo.

Portanto, considero que diante de um processo de pesquisa não apenas é a subjetividade do (a) pesquisador que está implicada e o corpo enquanto construção subjetiva e social, mas o corpo em uma totalidade existencial. Maturana & Varela (1995) no livro “A árvore do conhecimento” ressalta que através da linguagem não apenas conseguimos dizer quem somos, pois nós somos nela, num contínuo existir linguístico e semântico que produzimos com os outros em um contínuo vir a ser no mundo linguístico. Apesar de reconhecer o papel da linguagem na nossa experiência de mundo e no processo de construção do conhecimento, percebo como desafio o nosso encontro, enquanto pesquisadores com aquilo que pode ser “sermos o corpo”.

Isto corresponde a um desafio epistemológico de estudo do corpo: a superação do pensamento dicotômico no processo de construção do conhecimento, no qual Merleau-Ponty (2011) ressalta:

Temos a experiência de um Eu, não no sentido de uma subjetividade absoluta, mas indivisivelmente desfeito e feito pelo curso do tempo. A unidade do sujeito ou do objeto não é uma unidade real, mas uma unidade presuntiva no horizonte da experiência... Não devo em primeiro lugar definir os sentidos, mas retomar contato com a sensorialidade que vivo do interior. (p. 296).

A superação do pensamento dicotômico permeia esta indivisibilidade entre sujeito e objeto, desfeito e feito ao longo do tempo justamente por ser uma unidade presuntiva no

horizonte da experiência, onde a relevância é dada primeiramente à sensorialidade, ao caráter pré-operante de nossa existência, a expressão desta superação “sendo um corpo”.

A relação não dicotômica entre os polos sujeito e objeto representam esta justa inclusão do (a) clínico (a) no processo psicoterápico, na medida em que a construção da relação terapêutica evidencia esta consideração do (a) paciente enquanto sujeito que participa ativamente da condução terapêutica, ao invés de ser um objeto de análise ou de aplicação de técnicas.

Por isso, considerar as trocas humanas inerentes ao contexto psicoterápico será um dos caminhos para esta superação. Além disso, a própria posição de sujeito evoca esta superação, o qual será considerado na seção seguinte como uma categoria importante para pensar a experiência da dor a partir destes dois eixos: autoimagem e esquema corporal.

Estes eixos serão refletidos tendo como autor principal os trabalhos de Merleau-Ponty (2006, 2011), apresentando como base a sua primeira tese intitulada “A Estrutura do Comportamento”. Considera-se também o desenvolvimento dado à categoria do sujeito da percepção em sua segunda tese intitulada “Fenomenologia da Percepção”. Portanto, havendo um recorte interpretativo das obras deste autor na consideração de suas contribuições para o entendimento da experiência da dor e do modo de condução psicoterapêutica a este público.

2.2 Contribuições de Merleau-Ponty para pensar a psicoterapia a pessoas com dores crônicas

Nós estamos em um processo contínuo de conexão de experiências, ninguém sabe mais do que nós mesmos como tudo isso se dá. Somos este laço de relações, e tornamo-nos responsáveis pela nossa reflexão, pela nossa história, tomando em nossas mãos o nosso destino (Merleau-Ponty, 2011). A tentativa em traçar uma relação entre a filosofia de Merleau-Ponty e a psicoterapia remete à consideração de coerências que, nesta dissertação, apresentam proporções iniciais de uma área de estudo significativa para a construção de um pensamento sobre a corporeidade na psicoterapia a pessoas com dores crônicas. Estas coerências remetem à própria opinião de Merleau-Ponty acerca da filosofia em relação à proposta de Milton Erickson com relação à psicoterapia.

Segundo Merleau-Ponty (2011, p. 19) “a verdadeira filosofia é reaprender a ver o mundo, e nesse sentido uma história narrada pode significar o mundo com tanta “profundidade” quanto um tratado de filosofia”. Nesse sentido, a inscrição da cultura, do self, do discurso e, portanto, da história narrada, apresenta na experiência corporal a sua inscrição encarnada.

Por sua vez, a Psicoterapia Ericksoniana enfatiza noções como sujeito, autonomia e produção de sentido. Sendo também caracterizada como uma psicoterapia de base humanista, o (a) psicoterapeuta assume com prevalência a comunicação indireta, valorizando as potencialidades e recursos do próprio sujeito na busca de soluções terapêuticas (Erickson & Rossi, 1979; Neubern, 2004).

Isto implica uma aproximação entre a opinião de Merleau-Ponty acerca do fazer filosofia e a psicoterapia, o que corresponde ao conteúdo desta seção. A consideração das condições de existência das pessoas que convivem com dor diariamente configura-se como uma necessidade clínica deste trabalho e perpassa uma continuidade dada a uma crítica ao

modelo biomédico, cuja repercussão, apesar de ser notória ainda hoje, perpassa os modos de atendimento a estas pessoas tanto na clínica médica como na clínica psicológica. Ao mesmo tempo, a apresentação destes modos vivenciais circunscreve a relevância de, desde início, esclarecer que a dor sumariamente é existencial, apesar de também ser fisiológica.

Se definirmos o corpo como sendo o nosso território existencial (Merleau-Ponty, 2006) isto implica levantar a concepção de que existimos antes mesmo de termos consciência disso, daí a importância primeira do caráter pré-operante de nossa existência. Assumo uma importância crucial nesta colocação, na medida em que percebemos que, não apenas está em questão no universo das sensações transbordarmos para o universo dos sentidos, no momento em que reconhecemos que, o acesso às sensações do outro se dá através do sentido biológico que aquele sujeito dá aquela vivência; mas também de nos atermos a outras ordens de experiência que escapam ao universo dos sentidos.

Vale refletirmos sobre o que constitui este escape ao universo dos sentidos, o que está intimamente relacionado às diferentes ordens de experiência. Acredita-se que este escape remete às características inerentes à experiência vivida.

Dessa forma, eu não posso deixar de considerar as implicações paradigmáticas em poder também conceber o corpo como um cenário em relação ao mundo (Merleau-Ponty, 2006; Csordas, 2002). Há o destaque para a dimensão do vivido, pois este escapa aos ditames de tentativas de apreensão da verdade, portando consigo as indicações da limitação de estudos do ser através unicamente de sua dimensão subjetiva.

2.3 O corpo vivido: apresentação das ordens de experiência

Em “Estrutura do Comportamento”, Merleau-Ponty (2006a) repudia uma visão substancialista das ordens de experiência e utiliza o conceito de forma para embasar sua constituição. Todas as ordens apresentam um significado imanente. A noção de forma expressa claramente isso sendo ela mesma um objeto da percepção, um conjunto percebido.

A ordem física está expressa fundamentalmente nas reações de um organismo, nos movimentos musculares de flexão e inflexão, no “conjunto orgânico anatomicamente definido” (Merleau-Ponty, 2006, p. 234), ao qual caracterizamos como o sistema nervoso, sexual, endócrino, etc. Cabe ressaltar que todas estas expressões possuem uma unidade interior, constituindo-se como realidade física na medida em que apresentam uma circulação interior composta por partes apenas conforme a percebemos em sua particularidade, como uma expressão momentânea.

Nesse sentido, não há formas em si. Merleau-Ponty (2006a) ao tecer esta noção repudia a concepção positivista de causalidade, que permite afirmar que há uma sequência ideal, isolável, mesmo que ela interaja com outras formas. Por isso, a lei de queda dos corpos não seria imutável, a-histórica. Esta lei é mantida pelo conjunto de relações do universo e, portanto, por leis complementares. A lei é possível apenas dentro da estrutura de fato, mas a estrutura da queda dos corpos se deixa inserir num tecido contínuo de relações, o que incluiu a própria subjetividade do pesquisador, pois as estruturas assim reveladas perdem todo o sentido quando a separamos das relações matemáticas ao qual o físico consegue estabelecer.

Sendo assim, a presença do físico é imprescindível na construção das estruturas, o que permite afirmar que a forma é um objeto da percepção. A forma física assim o é. Quando dois sujeitos são convidados a traçar um círculo em um quadro negro num plano paralelo ao plano frontal, ambos fazem utilizando métodos diferentes (com o cotovelo flexionado ou com o braço estendido). Quando pedimos para uma pessoa mostrar a sua mão, geralmente ela

mostrará com a palma da mão voltada para baixo com os dedos ligeiramente flexionados. Cada um tem sua forma de segurar a cabeça e de dormir. O que Merleau-Ponty aponta é que existem comportamentos privilegiados. Assim o consideramos por serem mais simples a nós e a ordem física seria um equilíbrio obtido a partir de certas condições exteriores dadas, que nos levariam a estes comportamentos privilegiados.

A ação exterior tem sempre o efeito de reduzir um estado de tensão, de encaminhar o sistema para o repouso. Mas no caso do organismo não há condições exteriores presentes e reais como o funcionamento de uma máquina, por exemplo. Segundo o autor, há condições virtuais que o próprio sistema (interior em relação dialética com o exterior) faz surgir, permitindo que uma expectativa de relaxamento não seja cumprida necessariamente, quando há um estímulo exterior que provoque isso. No caso humano, isto se caracteriza pelas reações desencadeadas por um estímulo, que dependem da significação que este tem para o organismo considerado como um ser capaz de certos tipos de ação.

Como ilustração destas condições virtuais vale ressaltar a diferenciação que Merleau-Ponty (2006a) constrói acerca dos movimentos de flexão e de extensão. O primeiro é caracterizado geralmente pelos movimentos de precisão, que seriam uma atitude de circunstâncias cujo organismo toma posse do seu meio. Poder-se-ia dizer que o ato de bocejar e o ato de esticar seriam movimentos de extensão, movimentos estes que exprimem o abandono às coisas e a existência de um organismo que não controla o seu meio. Assim também poderíamos dizer acerca da expiração. No entanto, o autor caracteriza a expiração na meditação especificamente, como sendo um movimento de flexão, de um organismo que toma posse do meio neste ato pela sua forma característica.

O que percebemos é que o equilíbrio na ordem física se dá como reação a algo atualmente dado em busca do repouso ou de um estado de conservação (Alvim, 2007). Todavia, diferentemente dos organismos inanimados, o organismo humano apresenta reações

que dependem da significação que isto tem para ele mesmo, o que inclui considerar o seu contexto sócio-histórico-cultural.

No caso do valor biológico, a ordem física não pode ser entendida puramente pelos órgãos como em uma observação anatômica. Há um conjunto orgânico anatomicamente definido capaz de realizar ações em nível variável. A depender do mau funcionamento de um órgão, todos os demais reagem em busca de um determinado equilíbrio. Nesse sentido, a relevância não está na estrutura dos órgãos propriamente ditos, mas nos rearranjos relacionais que caracterizam o organismo enquanto ser biológico.

Com isso, cada sujeito apresenta uma estrutura geral do comportamento que se exprime por certas condutas, dos patamares sensíveis e motores, da afetividade, da temperatura, da respiração, do pulso, da pressão sanguínea. Portanto, o entendimento da corporeidade a partir da ordem física, permite-nos compreender que as reações não podem ser entendidas como lineares quando diante de um determinado estímulo.

No trato com pessoas, há um conjunto, um significado imanente em cada movimento do (a) paciente que vem até nós no consultório. Esta significação apresenta uma dimensão generalista, como quando colocamos o dedo no fogo e, em geral, reagimos com um movimento de flexão e não de extensão; e uma dimensão singular, capaz de abarcar a estrutura geral do comportamento de um sujeito e a subjetividade do (a) pesquisador (a) – pois, as leis de queda dos corpos só fazem sentido a partir das fórmulas elaboradas pelo físico que a observou, assim como a criação de um contexto terapêutico depende da forma como o terapeuta compreende esta criação.

Diante disso, não apenas não faz sentido a angústia de um (a) médico (a) que não enxerga onde exatamente está a dor apesar de já solicitado tantos exames, como também não faz sentido a tentativa de um (a) psicoterapeuta focar na elaboração de técnicas gerais para o tratamento da dor. Além disso, o processo de medição da eficácia terapêutica da indução de

anestesia em pacientes pouco ajuda a compreender a experiência da dor, que jamais será dotado de uma forma em si.

A ordem física está intimamente atrelada aos movimentos – musculares, circulatórios, respiratórios, etc.- e ela indica que uma inflamação muscular pode ser a reação a um estímulo, um acontecimento que solicita o retorno ao equilíbrio funcional, mas que não existe por si só. Desencadeiam sensações de dores, inchaços, produções simbólicas e emocionais, como desânimo, uma sensação de que naquela região pesasse várias toneladas.

Em suma, isto implica afirmar que a ordem física legitima a relação dialógica entre os polos singularidade e generalidade, revelando a impossibilidade de medir com precisão uma realidade constantemente mutável (a da manifestação das dores) ou de buscar causas precisas para um fenômeno que não existe em si, ele existe em um conjunto relacional que apresenta significados imanentes, em um conjunto relacional anatomicamente definido na presença de uma variedade incalculável de ações de sujeitos.

A ordem vital corresponde a outro nível que permite compreender a corporeidade. Esta ordem insere-se numa compreensão dialética entre físico e orgânico. Merleau-Ponty (2006a) considera que os comportamentos têm um sentido e dependem do significado vital das situações. O termo vital pode designar uma unidade interior de significado que permite que um gesto não seja uma simples soma de movimentos. Nesse sentido, a percepção deve estar inserida em uma dialética de ações e reações, dialética de um sujeito concreto que apresenta como objeto primitivo a ação de outros sujeitos.

Portanto, um campo de futebol para um jogador está presente a ele como o termo imanente de suas ações. Cada manobra modifica o aspecto do campo e nele traça novas linhas de força, nas quais a ação se desenrola e se realiza alterando o campo fenomênico. Assim ocorre também no contexto terapêutico, no conjunto que caracteriza a forma enquanto vital na vivência. A forma designaria uma configuração visual, sonora ou mesmo anterior aos sentidos

em que o valor sensorial de cada elemento é determinado por sua função no conjunto e varia com ele.

A descrição da dor não está apenas em um nível discursivo. Estando inscrita em um corpo vivido, as dores podem ser compreendidas como processos em uma ordem vital de experiência, sendo o seu valor sensorial desencadeado pelas experiências da pessoa com o mundo, o espaço, o tempo, além de toda uma produção simbólica e emocional a depender das possibilidades de envolvimento da pessoa em suas ações.

As ações não estão dissociadas de quem age. A ação não é o meio, ela é a experiência de agir e de, portanto desencadear configurações sensoriais e produções subjetivas que só fazem sentido a quem as produz e no momento em que age, estando a vitalidade perpassada em todos os modos de descrever, de sentir e de produzir sentidos sobre as experiências que não podem ser compreendidas a partir de um sistema sensório-máquina. Fala-se de um sujeito perceptivo.

Esta caracterização define uma aproximação à noção de corpo vivido defendida por Merleau-Ponty com destaque ilustrativo para a ordem vital. Compreender a dor a nível vital implica compreender que a pessoa que a sente apresenta um conjunto de gestos que não podem caracterizar apenas um conjunto de movimentos, há um significado imanente em cada gesto que depende da configuração de ações que se desencadeiam a cada instante, de uma produção de sentidos do sujeito e da sociedade ao qual vive que, de certa forma, participa do modo como a dor será manifestada em formato gestual, seja pelo ângulo ao qual a pessoa coloca as mãos nas costas para expressar onde a dor é sentida, seja quando ela simplesmente está no consultório, quando caminha, quando nada, quando sobe uma escada, etc.

Cabe ressaltar que, o modo como o gesto é desencadeado comigo em consultório não expressa necessariamente um padrão de gestos presentes em qualquer espaço de ação do (a) paciente. Há a possibilidade de, comigo, a mão indo à cabeça seguido de uma careta

demonstre a mim uma expressão de forças de movimentação que apresentam sentidos específicos naquele contexto relacional, podendo acontecer de, em sua casa, (o) a paciente não demonstrar ou descrever as dores da mesma forma, pois ele (a) acredite que seus familiares já estão exaustos de suas reclamações, cansados de sua constante expressão sobre as dores. Dessa forma, de fato o modo como é expresso a dor, pode variar conforme ela esteja na presença de diversos espaços de ação.

Apesar de haver uma flexibilidade da expressão dos gestos, há uma limitação deste modo expressivo, pois a dor limita os movimentos. A depender, ela pode paralisar movimentos, como no caso de algumas neuropatias. Portanto, a pessoa que sente dores constantes está submetida a mudanças de movimentação que escapam às dimensões sociais e culturais apesar de sempre estar vinculado a estas dimensões.

Esta ordem é fundamental para compreender o que Merleau-Ponty (2006a) caracteriza como esquema corporal, que refere a um conjunto de processos que integram as possibilidades de postura e movimento de uma pessoa. Neubern (2014) considera a importância de trabalhar a flexibilização das linhas virtuais do esquema corporal em casos de dores crônicas fundamentalmente por permitir que isto proporcione novas produções de sentido para o sujeito em diferentes ordens, conforme observamos em um atendimento a um paciente realizado no CAEP- UnB. A princípio, esta pessoa apresentava um espectro de rotação em torno do seu eixo vertical estreito. Ao alargá-lo, o paciente experienciou uma liberdade do contínuo receio de queda e das ameaças constantes da dor, ao mesmo tempo em que seus pés passaram a se movimentar podendo virar para os lados, o caminhar se tornou mais sincrônico entre ombro e perna do lado oposto, permitindo uma mudança de movimentação e de experiência do mundo, que também apresentou repercussões simbólicas.

Esta capacidade de construir simbolicamente diante de uma mudança significativa do conjunto postural e de movimentação caracteriza a ordem “psíquica” ou humana. Esta ordem diferencia o corpo animal do corpo humano, o que permite a construção da ideia de corporeidade humana que apresenta o seu destaque fundante na capacidade de gerar novos significados. A relevância assumida consiste em participar da estrutura como o próprio significado (Alvim, 2007).

Um exemplo da presença da ordem humana encontra-se na vida sexual humana, cuja constância e variações são tremendas. Do contrário ocorre nos animais, que apresentam, basicamente, comportamentos vitais quando observamos um padrão da vida sexual, podendo ser caracterizada como monótona e periódica.

Nesse sentido, mesmo as ações ditas fisiológicas, elas são vivenciadas pelos sujeitos de uma forma extremamente diversa pela capacidade de criar novos sentidos diante das variadas necessidades e ações. Trata-se da constatação de que as significações existem no nível perceptivo (Alvim, 2007). Por isso, a estrutura humana envolve a produção de novas estruturas e, portanto, de novos sentidos conforme podemos observar na construção dos objetos humanos, que esposa e incorpora o sentido do trabalho que o produzido por Merleau-Ponty (2006, p. 271) diz:

Sem dúvida a roupa e a casa servem para nos proteger do frio, a linguagem ajuda no trabalho coletivo e a análise do “sólido não organizado”. Mas o ato de se vestir torna-se o ato do ornamento, ou ainda o do pudor, e revela assim uma nova atitude para consigo mesmo e para com o outro. Somente os homens percebem que estão nus. Na casa que constrói para si, o homem projeta e realiza os seus valores preferidos...

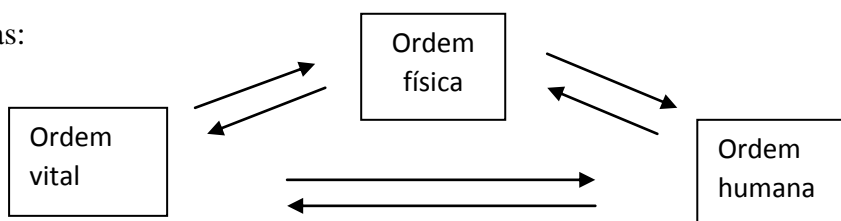
É isto que caracteriza a sua humanidade: a distinta capacidade de ser criativo em suas ações, de gerar instrumentos, objetos de uso que qualificam a produção de novos sentidos e a diversidade na humanidade e a humanidade na diversidade.

A palavra vida não tem o mesmo sentido na animalidade e na humanidade. Diante da vida sexual, o homem é capaz de não apenas fazer o ato em si, mas de inserir neles objetos de desejo, brinquedos eróticos em uma fábrica de criatividade que faz jus intimamente ao que o caracteriza como humano, distinguindo-se da capacidade animal que apresenta como limite os comportamentos vitais.

É importante ressaltar que a significação é construída através do sentido que nós damos à experiência (Alvim, 2007), o que implica dizer que a consciência é ativa. Além disso, a encontramos em toda parte como lugar das ideias e em toda parte ligada como integração existencial.

As três ordens correspondem ao modo como o autor conduziu a compreensão sobre a estrutura do comportamento que sumariamente fundamenta-se no princípio existencial, no qual o corpo constitui o veículo primeiro do ser no mundo, o seu terreno existencial. Sendo assim, as ordens física, vital e humana apresentam uma importância crucial no entendimento do tema da corporeidade em sua filosofia.

Vale ressaltar que estas ordens não representam três potências do ser, mas três dialéticas:



Sendo assim, elas estão constantemente interligadas e inseparáveis em uma movimentação contínua. Conforme expomos, a dimensão vivida apreende um âmbito pré-operante de nossa existência que, aparentemente, pouco pode defender acerca de um sujeito que emerge a partir de sua capacidade criativa e de construção de novos cenários produtores de novos sentidos subjetivos, o que perpassa uma vivência emocional das possibilidades de ação. Ao mesmo tempo, em que ele é capaz de produzir subjetivamente, ele constrói e é

construído por uma subjetividade perpassada socialmente. Denominada de subjetividade social por González Rey (2003), o sujeito vivencia um mundo que é construído a partir dele, ao mesmo tempo em que o mundo já existe antes mesmo dele existir em uma espécie de autopoiese (Maturana & Varela, 1995).

Segundo estes autores, a autopoiese consiste na organização do ser vivo capaz de explicar a si mesma quando é percebida como um operar de “produções de componentes que produziam a própria rede de relações de componentes que o gerava” (Maturana & Varela, 1995, p.39). Este modo de operar contínuo e aparentemente circular revela não apenas o fluxo permanente de produções subjetivas tanto individuais quanto sociais, como também revela a incapacidade de apreensão da consciência de tudo. Primeiro por que antes de termos consciência, já somos no mundo. E se enfatizamos a importância de considerarmos a experiência vivida da dor discorremos acerca de uma base fenomenológica que, diante do mundo fenomênico, sempre temos consciência de algo ou de alguma coisa, sendo, portanto, este o acesso ao mundo.

No entanto, sabemos que Merleau-Ponty busca superar o princípio da intencionalidade quando ele tenta compreender o que consiste esta consciência fenomenológica: “Quando se trata da consciência, só posso formar sua noção reportando-me primeiramente a esta consciência que eu sou, e particularmente não devo em primeiro lugar definir os sentidos, mas retomar contato com a sensorialidade que vivo do interior” (Merleau-Ponty, 2011, p. 296). Isto o permite formular a ideia de que a unidade dos sentidos é apenas uma expressão formal do fato de que somos no mundo:

É o meu olhar que subentende a cor, é o movimento de minha mão que subentende a forma do objeto, ou antes, meu olhar acopla-se à cor, minha mão acopla-se ao duro e ao mole, e essa troca entre o sujeito da sensação e o sensível não se pode dizer que um aja e que o outro padeça, que um

dê sentido ao outro. Sem a exploração de meu olhar ou de minha mão, e antes que meu corpo se sincronize a ele, o sensível é apenas uma solicitação vaga (Merleau-Ponty, 2011, p. 288).

Ao considerarmos o sujeito da sensação como o sujeito e o sensível como o objeto, a análise reflexiva da unidade entre sujeito e objeto é fundamentalmente uma experiência já que elas são a formulação das condições sem as quais não haveria nada pra ninguém. Mesmo colocando a consciência como objeto de análise, objetifico-me, pois apenas posso partir da consciência que sou, o que caracteriza a autoimagem. Sem este ponto de partida - estas condições primeiras de simultaneidade entre sujeito e objeto - não há nada para ninguém no estudo da camada primordial em que nascem tanto as ideias quanto as coisas.

Este estudo das camadas primordiais constitui uma das intenções fundamentais de seus trabalhos (Merleau-Ponty, 2006, 2011) e revela-se importante na valorização da experiência vivida da dor como possibilidade de expressão acerca do corpo.

A dor assume um formato no corpo, nos diferentes modos de expressão do sujeito, seja no conjunto postural e de movimentações, sendo expressa em sua vitalidade; seja nos vários atributos ou qualidades das sensações subjetivas e suas diferentes relações com relação às dores lembradas, ao passado da dor, à dor imediata, à dor que tem uma certa durabilidade, às dores corriqueiras, às dores persistentes, as dores intratáveis, etc., o que remete à dialética estabelecida entre as ordens física, vital e humana de nossa experiência. Isto porque as dores podem ocorrer a partir de uma série de processos. Sendo imediata, ela pode ser decorrente de uma dor aguda provocada por uma pancada ou uma queda, por exemplo.

Nesse sentido, pode gerar um hematoma resultante de um processo inflamatório da região atingida. Por sua vez, a inflamação não existe como forma em si, ela faz parte de um conjunto de relações dialéticas do corpo nos quais envolve não apenas uma série de outros músculos, nervos, órgãos, mas também envolve um conjunto de gestos significativos, que expressam sobre essa dor, enquanto um corpo que se assume como um envoltório de ações,

cujas intenções encontram nos movimentos sua encarnação (Merleau-Ponty, 2006; Olivier, 1995). Eis, portanto, a ordem vital de experimentação que, de forma alguma se encontra dissociado do também outra ordem – humana-, que permite caracterizar esta experiência de dor como imediata, persistente, intratável, amaldiçoada, traiçoeira, etc.

Portanto, o modo de expressão da dor a aponta como existencial, na medida em que envolve uma série de mudanças fenomênicas atreladas à distorção temporal, espacial e corporal. Uma dor lancinante pode gerar um momento, cujo tempo vivido é experienciado como lento, vagaroso e o espaço vivido como estreito, devido às fortes dores.

No contexto psicoterapêutico considera-se o desencadeamento de mudanças fisiológicas e fisionômicas como intimamente ligado ao processo de construção da relação terapêutica. Neste ponto, vale esclarecer a importância da relação na psicoterapia e, neste momento, a intimidade que assumimos com a ideia de Moreno (1983), quem expressa a necessidade de um amor terapêutico:

Um encontro de dois: olhos nos olhos, face a face. E quando você estiver perto eu arrancarei os seus olhos e os colocarei nos meus e você arrancará os meus olhos e os colocará em lugar dos teus. Então, eu olharei para você com os teus olhos e você me olhará com os meus (Moreno, 1983, p. 22).

Em uma radicalidade expressiva, Moreno (1983) explica sobre a importância da *tele* – o sentido recíproco de um no outro – como a instauração da presença de uma estabilidade da relação terapêutica fundamental para a obtenção de resultados terapêuticos. Este é um ponto de convergência com o modo como se compreende a experiência da dor em uma dimensão relacional em um processo que permeia a mudança de referenciais espaciais, temporais, corporais e, por isso, também uma mudança nas ordens vital, física e humana.

As mudanças fisiológicas e fisionômicas estão vinculadas a este processo interativo. Corresponde à dialética entre as três ordens de experiência na expressão de um conjunto

relacional entre o sujeito terapeuta e o sujeito paciente, sendo a experiência de agir, em ambos, desencadeadas por configurações sensoriais específicas àquele contexto psicoterapêutico, pois só fazem sentido a quem as produz e no momento em que age. A depender do modo como é construída esta relação, em nível humano, as ações ditas fisiológicas podem ser modificadas, pois os sujeitos possuem a capacidade de criar novos sentidos diante das variadas necessidades e ações.

Neste momento, adentra-se às possibilidades reflexivas acerca do corpo como sendo também o sujeito. Le Breton (2013) quando escreve acerca da antropologia da dor, ele realça que não é o corpo que sofre, mas o sujeito em sua totalidade. Em contraposição a esta visão encontra-se o sujeito perceptivo, que sofre em sua totalidade também corpo, por ser corpo. A seguir, esclareceremos acerca desta categoria, pois ela remete à expressão da dialética entre as ordens de experiência, bem como a elementos importantes da clínica da dor, como, por exemplo, a possibilidade de objetivação¹⁰ sendo considerada como um momento relevante no trabalho da autoimagem e do esquema corporal.

2.3.1 O sujeito da percepção

*“(...) Sentir como quem olha,
Pensar como quem anda.”*

(O guardador de rebanhos, Alberto Caeiro)

Esta citação de Alberto Caeiro evoca a ideia principal do conjunto de movimentações como ações intencionais (Gallagher, 2012a), ao mesmo tempo em que evoca a vitalidade do sujeito, o que permite afirmar que um gesto não pode ser uma soma de movimentos, pois apresenta, em cada ato, um significado imanente (Merleau-Ponty, 2006a).

¹⁰A objetivação será entendida especificamente a partir dos trabalhos de Csordas (1994, 2002, 2011) e Jean Jackson (1994).

Em “Estrutura do Comportamento” Merleau-Ponty (2006a) desenvolve acerca da categoria do sujeito perceptivo referindo-se a ele como aquele que “vive num universo de experiência, num meio neutro relativamente às distinções substanciais entre o organismo, o pensamento e a extensão, num comércio direto com os seres, as coisas e seu próprio corpo. O ego, como centro do qual emanam suas intenções, o corpo que as porta, os seres e as coisas aos quais elas se dirigem...” (p. 293). Desenvolvendo esta categoria, Merleau-Ponty (2006a) fala em “Fenomenologia da Percepção” (p. 278):

Nós reaprendemos a sentir nosso corpo, reencontramos, sob o saber objetivo e distante do corpo, este outro saber que temos dele porque ele está sempre conosco e porque nós somos corpo. Da mesma maneira, será preciso despertar a experiência do mundo tal como ele nos aparece enquanto estamos no mundo por nosso corpo, enquanto percebemos o mundo com nosso corpo. Mas, retomando assim o contato como o corpo e com o mundo, é também a nós mesmos que iremos reencontrar, já que, se percebemos com o nosso corpo, o corpo é um eu natural como o sujeito da percepção.

Em primeiro lugar, é inegável que o sujeito perceptivo assim concebido rompa com a visão do corpo como máquina biológica. Este pensamento objetivo, derivado dos ideais de cientificidade do paradigma científico dominante, ignora o sujeito da percepção, pois a percepção não se apresenta como um acontecimento no mundo, mas a cada momento como uma recriação ou uma reconstituição do mundo (Merleau-Ponty, 2011).

O sujeito perceptivo instaura uma nova visão paradigmática ao permitir a concepção de uma prática clínica da experimentação, do vivenciar. Ela descompromete-se como cerne de discussões os desdobramentos da presença da subjetividade no contexto clínico de pesquisa, já que a subjetividade já não é um problema, mas uma condição inerente de prática clínica e pesquisa.

A abordagem naturalista de Milton Erickson, médico e hipnoterapeuta norte americano, constitui um dos principais nortes de condução terapêutica do grupo Acolher. Ele permite a concepção de uma prática clínica do vivenciar. Em uma de suas obras, *Hypnotherapy* (Erickson & Rossi, 1979), ele explica acerca do modo de condução do atendimento a pessoas que sentem dores desta forma: após o estabelecimento do rapport e de uma atenção responsiva a primeira coisa que o (a) hipnoterapeuta deve fazer é ensinar o próprio paciente a alterar as funções sensório-perceptivas, algo que pode ser feito contando histórias sobre como estas funções podem ser alteradas naturalmente. Quando corremos, a nossa pressão sanguínea sobe, quando descansamos, ela diminui e quando dormimos, ela já pode ser outra.

Este conto de histórias reveladores do corpo a nível físico, comumente era feito por Erickson com sugestões indiretas para que ele aprenda a alterar as suas funções em transe, sugestões estas que comumente ocorriam no formato de entremeamento, ou seja, ele altera o tom de voz no momento em que dita a sugestão (Erickson & Rossi, 1979).

Isto se atrela ao que pode ser percebido na sugestão hipnótica - um dos modos expressivos de linguagem na psicoterapia do grupo Acolher -, quando o sujeito pode experienciar-se como sendo um braço, um órgão, um jardim de uma metáfora narrada, o que permite dizer que ele assume várias possibilidades distintas das noções habituais de eu (Neubern, 2012) em um percurso filosófico de reaprender a ver o mundo num comércio ininterrupto entre as coisas, os seres e seu próprio corpo.

Diferentemente do que podemos observar em alguns trabalhos sobre a hipnose realizados no século XX (Schilder, 1956), a sugestão não corresponde a uma técnica externalista, que intervém no paciente, muda o seu funcionamento cerebral e a forma como o (a) hipnotizado (a) percebe o mundo vivido, promove sensações diferenciadas, como calor ou

frio, tremores a partir de uma linha de comandos sugestivos, impondo procedimentos e condutas ideais ao paciente para que a terapêutica ocorra.

A sugestão é baseada em um processo relacional, não impositivo. Mesmo quando o sujeito expõe as suas principais demandas para a terapia e revela a realidade de suas relações sociais, os principais sentimentos que o aflige, etc.; sabemos que diante do transe o sujeito pode representar metaforicamente essa mesma experiência vivida.

O sujeito da percepção provindo das ideias de Merleau-Ponty (2006, 2011), instaura a presença de uma dialética não apenas entre corpo e subjetividade, como entre as ordens de experiência. Entende-se que a compreensão destas ordens permite o entendimento do sujeito em automatismos – como a existência das funções sensório perceptivas - que representam o seu processo autônomo constitutivo, bem como o seu processo de recriação e de reconstituição, sendo no mundo.

Em Merleau-Ponty, percebemos que a categoria de sujeito perceptivo conduz a uma relação íntima não apenas com a dimensão simbólica e emocional no processo perceptivo, mas fundamentalmente com a dimensão vivencial no qual o corpo assume este papel de veículo do ser no mundo; é ele que põe um filtro entre nós e as coisas. É nesta afirmativa em que é possível compreender acerca do sujeito. Neste aspecto, o autor alinha-se à proposta da complexidade no momento em que ele considera a percepção não como um acontecimento no mundo ao que se possa aplicar a categoria de causalidade, mas a considera como, a cada momento, uma recriação ou uma reconstituição do mundo. Eis o processo também de construção do conhecimento segundo Edgar Morin (2003). O conhecimento é construído no terreno da incerteza, imprecisão e descontinuidade. Não há uma progressão, evolução do processo de conhecer. Há recriações, nascimentos e mortes e este é o processo da vida e da ciência.

A partir da visão da compreensão do sujeito perceptivo, é possível destacar a importância da autoimagem como referente à possibilidade de vivenciar novas formas habituais do eu, o que implica a inerente presença de um sujeito que pode se recriar e reconstituir nesta experiência. Ao mesmo tempo, destaca-se o esquema corporal como inerente ao sujeito, que, sendo um corpo apresenta-se enquanto dialética ininterrupta entre as ordens física, vital e humana.

2.4 Apresentação das ilustrações clínicas

Para esta reflexão acerca da importância da consideração da categoria do corpo na psicoterapia, utilizaremos duas ilustrações clínicas de pessoas que foram atendidas no grupo CHYS, às quais denominamos de Marli e Roberto. A ênfase não será dada na taxonomia de suas particularidades diagnósticas, mas à vivência implicada pela presença das dores que, no caso deles, são caracterizadas como crônicas.

Nestas situações clínicas, haverá a ênfase em três pontos principais, aos quais notamos como constituintes da psicoterapia na consideração do corpo para a modificação da experiência das dores. Eles consistem no processo de objetivação, nos modos de expressão linguística e como o uso de metáforas e sugestões.

Para fins didáticos, primeiramente haverá a apresentação destas ilustrações clínicas para, em seguida, os atrelarmos aos três pontos a serem discutidos. Esta apresentação panorâmica pode enfatizar momentos de sessões específicos, trechos de falas transcritas e estudadas pelo grupo de pesquisa CHYS, apresentando o objetivo principal de discutir acerca da categoria do corpo.

2.4.1 Roberto

Roberto Ferreira, 55 anos, casado e pai de quatro filhos, advogado e empresário, chegou para atendimento psicoterápico no grupo CHYS devido a fortes dores em diferentes

partes do corpo. Suas dores eram provenientes de duas cirurgias para a extração de tumores oncológicos na coxa e na próstata, algo que ocorreu há mais de três anos. No geral, ele sentia fortes dores nos ombros e na junção entre o pescoço e o corpo e na altura da bacia, principalmente próximo à parte interna da coxa direita.

Roberto havia sido criado na roça no interior do nordeste, sendo muito exigido pelos pais, inclusive com surras de varas. Tais medidas “educativas” eram justificadas pelo fato de ele ser o filho mais velho, que deveria cuidar dos outros e ajudar no sustento da família. Apenas aos 18 anos ele começou sua alfabetização até se tornar um advogado e empresário bem-sucedido na capital do país.

Diante desta vivência, Roberto sofreu muitas dificuldades, passando por humilhações e privações. Embora tenha tido tantas conquistas, ele facilmente se colocava em situações em que era explorado pelos outros. Funcionários e familiares aprendiam a chantageá-lo para tirar proveito financeiro – situação que lhe trazia muito sofrimento, mas com a qual ele não sabia se defender.

Ao mesmo tempo, pudemos observar que Roberto possuía um espectro de movimentação limitado (Neubern, 2014), uma rotação reduzida em torno de seu eixo vertical, ou seja, no modo como podia inclinar a sua coluna para os lados e para frente. Ele apresentava também uma sincronia desarmônica entre o ombro e perna do lado oposto.

Paralelo aos desconfortos provenientes das dores, Roberto possuía ideações suicidas e momentos frequentes e sofridos de depressão e pânico. Embora se demonstrasse simpático e colaborativo, o paciente apresentava um peso em suas expressões, não demonstrando a valorização de importantes conquistas familiares e profissionais. Além disso, ele não parecia depositar esperanças nos tratamentos médico e fisioterápicos aos quais comparecia, nem motivação em frequentá-los.

O interessante a ser observado é que, no momento em que esta pessoa trabalhou questões terapêuticas importantes relacionadas à sua autoimagem e, ao vivenciar no transe possibilidades de explorar novas formas de movimentação e de vivenciá-las não apenas no contexto psicoterapêutico, mas também em outros contextos, alterou-se a qualidade perceptiva das sensações de dor.

2.4.2 Marli

Marli, 53 anos, funcionária pública e mãe de um rapaz de 25 anos, procurou psicoterapia para o alívio de suas dores decorrentes de um diagnóstico de lúpus, aliado a uma depressão persistente que já a acompanhava há vários anos. A paciente relata ter sofrido intensos maus tratos em sua herança familiar, como abuso sexual, físico, ter sido obrigada a trabalhos forçados e muitos apelidos racistas quanto à sua origem africana, sendo que sua família inteira pertencia à mesma origem.

Marli se percebia como uma mulher infeliz, em constante depressão, dona de uma história marcada pela decepção e violência que jamais permitiria algum tipo de realização na vida. Seu marido, 55 anos, motorista, demonstrava-se gentil e compreensivo por vezes, mas logo a depreciava com comentários corriqueiros, como desqualificando sua formação profissional e comumente a chamando de burra.

Como forma de lidar com esta vida, Marli transitava entre o espiritismo de Allan Kardec e o candomblé, que lhe acenava como outras possibilidades para remediar seu desespero.

Cada manhã era vivenciada como um ciclo de peso imenso, ao qual não conseguia superar. Nesse sentido, dirigir o carro, estudar, progredir profissionalmente, sair com os amigos e frequentar lugares de bom gosto consistiam em práticas raramente feitas e sob as chacotas dos familiares.

No início da terapia, era difícil levantar da cama e pentear o cabelo por conta das dores. Ao final desse processo, Marli estava sem dores e com melhora em sua qualidade de vida: sua depressão havia desaparecido, sua autoimagem estava significativamente modificada e suas relações sociais haviam sido retomadas. Além disso, segundo o seu médico, o lúpus também não se manifestava mais.

2.5 O processo de objetivação na consideração do corpo na psicoterapia de dor crônica

Jean Jackson (1994), professora de antropologia do Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT), compreendeu a importância de considerar o corpo em sua dimensão vivida ao desenvolver pesquisas antropológicas em um centro de tratamento de pacientes com dores crônicas, cujas conclusões principais perpassavam o entendimento da experiência da dor em sua qualidade pré-linguística e pré-objetiva. Tendo um embasamento na filosofia de Merleau-Ponty na compreensão da corporeidade, a autora entende que o corpo em sua figuração metodológica deve ser não dualístico, quando há a tentativa de remoção da dor, por exemplo. Afirmar que a dor é essencialmente pré-objetiva implica a não aceitação da distinção entre sujeito e objeto. Isto significa que o sujeito é a dor ao mesmo tempo em que ele pode experienciá-la descrevendo-a, tornando-a um objeto de reflexão. Sendo assim, também há de considerar a impossibilidade de apreensão da experiência da dor em todo o seu ser, o que indica a dor como um processo complexo.

Ela pode retirar o sujeito de suas atividades mesmo daquelas em que ele mais gostava. O desinteresse pelo mundo exterior e o fechamento em si alimentam uma atenção às mudanças corporais. O seu corpo pode ser percebido como dissimulado e implacável, resultando em uma perda de confiança no corpo e consequentemente em si mesmo e no mundo (Le Breton, 2013).

O estabelecimento de uma dialógica entre sujeito e objeto para o entendimento da experiência da dor parte também do reconhecimento de que os pacientes sabem que a dor tem

uma qualidade pré-objetiva, pré-linguística (Jackson, 1994). Por isso, para os pacientes, comunicar sobre isso tende a ser inesgotavelmente frustrante.

É interessante observar que a condução padrão avaliativa das dores provoca na relação sujeito-dor-corpo um distanciamento aparente, na medida em que é sugerido que o sujeito objetive sobre o seu próprio corpo, dizendo acerca da experiência da dor.

No projeto de pesquisa etnográfico em um centro de tratamento de pacientes com dores crônicas na Nova Inglaterra, Jackson (1994) observou que a terapia que encoraja os pacientes a objetivar a dor, imaginando o que ela poderia ser: uma serpente ou uma arma medieval, por exemplo, ajudam alguns pacientes a aceitarem mais a dor.

Vale ressaltar que a objetivação da própria experiência da dor não indica que haja implicada nessa afirmação a concepção dualista entre mente e corpo. Diferentemente disso, parte-se do pressuposto de que a dor é invisível, subjetiva e desafia essa perspectiva. No mundo vivido do fenômeno perceptivo nem a dor nem o corpo são objetos. Quem experiencia dores severas, simplesmente estão em dor ou são toda essa dor.

Segundo esta autora, a experiência evidencia uma relação dialética entre objetivação e subjetivação. Em termos conceituais, implica considerar a dor como emoção. A dor acompanhada por nenhuma emoção só pode ser patológica. Em termos práticos, isto significa que os pacientes buscam alívio se movendo de um aumento da objetivação da dor em direção a um aumento da subjetivação da dor. Ora, em ambos os processos há emoção.

Segundo González (2007), o pensamento apenas aparece em temas com sentido subjetivo. A emergência de um sentido subjetivo ocorre quando há a combinação de emoções que acarretam desdobramentos simbólicos. Esta emergência é responsável pelo surgimento de emoções congruentes a um espaço de significação. Quando a pessoa fala, expressa sobre essa dor como uma sombra, um monstro, uma coisa ruim, um “isto”, sabe-se que a estrutura linguística em si não explica o processo de experienciar a dor (Jackson, 1994). Todavia, essa

experiência do falar (objetivação) refere-se a uma expressão do pensamento, e consequentemente de emoções, ao mesmo tempo em que evoca a emergência do sujeito, configurando-se como um convite à construção de um espaço de significação (subjativação) que pode contribuir no alívio de suas dores.

Esta objetivação difere da observada na avaliação médica, cujo corpo apresenta-se como um objeto a partir de uma marginalização das expressões subjetivas em detrimento de uma valorização das expressões biofísicas. Apesar de a avaliação transcorrer prioritariamente através de uma entrevista ao doente, sabe-se que a legitimidade da doença encontra-se naquilo que o outro pode confirmar acerca do saber já pré-concebido acerca da doença; dos padrões avaliativos já previamente elaborados e de uma busca incessante, de uma verdadeira causa para o ocorrido, como se houvesse uma realidade em si que pode ser apreendida pelos artefatos construídos pela própria ciência (Merleau-Ponty, 2006b) que, no caso da objetivação na ótica médica, está pautada em processos de verificação que confirmam a perspectiva kantiana de que a verdade apenas pode encontrar respaldo no conjunto de objeto dos sentidos.

Diferentemente disso, Jackson (1994) ao valorizar a construção de um processo dialógico entre subjetividade e objetividade, a autora já aponta para as limitações do (a) pesquisador (a) em apreender o todo da experiência da dor diante deste modo interacional. A valorização dada ao sujeito é naturalmente retroalimentada pela sua capacidade de imersão em sua experiência “pain-full experience” e de observação da própria experiência em um processo de objetivação. O que pode se caracterizar como um processo de imersão, simultaneamente pode ser expresso como um momento de reflexão.

Na relação entre sujeito e dor, percebe-se esta propagação no desejo de alguns pacientes em encontrar algo no corpo físico que explica a causa dessa dor (Jackson, 1994). Do contrário, torna-se muito difícil aceitá-la, superá-la, conviver com estes incômodos. Da mesma forma, quando o médico utiliza a escala na avaliação da dor, ele evoca este

distanciamento ambivalente entre o sujeito e o seu próprio corpo, ao solicitar ao paciente que olhe seu corpo e perceba alguma alteração na coloração de sua pele ou que diga como a dor se manifesta em termos de sensações. Em todos estes casos, pode-se observar o foco exclusivo na objetivação.

Reconhecendo a dialética entre objetividade e subjetividade no momento de expressão da dor vivida, por exemplo, notamos esta relação na experiência corporal através da tentativa de distanciamento do próprio corpo via o saber objetivo, ao mesmo tempo em que somos este corpo.

Esta pode ser uma representação da expressão acerca da autoimagem que, neste trabalho, pode ser compreendida como um complexo sistema de dispositivos e de estados intencionais – percepções, crenças e atitudes, em que o objeto intencional corresponde ao próprio corpo. Seria o sistema de percepções, atitudes e crenças correspondentes ao próprio corpo (Gallagher, 2005).

No caso da dor crônica, a pessoa em dor, pode perceber-se como dependente ao invés de provedor (a), como proveniente das limitações que as dores proporcionaram, produzir sentidos de fracasso diante das exigências de performance profissional, ou, em âmbito religioso, como se estivesse recebendo algum castigo ou punição divina materializada em dores (Neubern, 2014).

Thomas Csordas é considerado um autor proeminente da antropologia médica e psicológica e tem desenvolvido um trabalho cujos principais interesses perpassam a busca de compreensão do significado de ser humano e a busca de significado de sermos a nossa existência como seres corporais através principalmente do estudo dos processos de cura em diferentes religiões. Ao considerar o corpo como fundamental na análise da cultura e do *self*, o autor traça um diálogo entre Merleau-Ponty e Bourdieu, dando ênfase ao conceito de pré-objetivo e de *habitus* desenvolvido respectivamente por estes autores. Ao mesmo tempo, ao

fazer este diálogo, Csordas (2002) colapsa a distinção entre sujeito e objeto, colapso este imprescindível na compreensão do corpo na dimensão do vivido e na defesa de um fazer ciência dissonante à proposta do paradigma científico dominante (Neubern, 2000, 2004; González, 2003, 2005).

As principais contribuições deste autor convergem para o que ele denomina de corporeidade como uma metodologia que permite compreendermos a experiência corporal como um terreno existencial da cultura e do *self* (Csordas, 1994). Transpondo este entendimento para a psicoterapia a pessoas com dores crônicas, podemos refletir acerca do processo de mapeamento das dores como baseadas na relação dialógica entre biologia e cultura, por exemplo. De semelhante forma, este autor permite-nos compreender que o princípio da utilização, um dos primordiais na psicoterapia ericksoniana (Erickson, 1965; Erickson & Rossi, 1979; Shor & Orne, 1965), tem, em si, a valorização da corporeidade ao se definir pela busca das referências do próprio paciente para propor conduções terapêuticas.

Com a finalidade de esclarecimento, o princípio da utilização remete à utilização da singularidade de cada pessoa, o que engloba o seu conjunto de valores, crenças, hábitos, sentidos subjetivos, para facilitar o transe e o processo terapêutico (Erickson & Rossi, 1979). Remete também a uma abordagem naturalista de psicoterapia ao aceitar o modo de ser do (a) paciente e conhecer os seus padrões de referência.

Este contexto clínico intriga acerca da necessidade de entendimento sobre como é possível tematizar e objetivar esta experiência corporal, algo que Csordas (1994) o faz assumindo um olhar hermenêutico diante deste processo de objetivação. Estando a experiência corporal da linguagem em um plano de vida em conformidade com o seu significado religioso e cultural, muito se pode compreender do processo de pré-objetividade da experiência do ser no mundo.

Csordas (1994) cita o exemplo de um paciente que diante do diagnóstico de câncer buscou o atendimento médico na comunidade ao qual se sentia pertencido, a uma tribo indígena da América do Norte, os Navajos. Em uma determinada situação o paciente sentiu como se algo o tivesse atravessado, como se ele estivesse ali e de repente ele tivesse começado a tremer. Este acontecimento é compreensível, pois se acredita que um objeto externo é capaz de penetrar o corpo. Neste caso, o médico havia dito que tinha um osso cravado em seu crânio, algo que foi realizado por uma bruxa. Esta experiência de tremor naturalmente é explicada através do sentido cultural que os Navajos constroem para esta experiência, o que esta pessoa entendia como uma explicação real para o que ocorria consigo. Ao mesmo tempo, ela aponta para a definição da experiência corporal como o terreno existencial da cultura e do *self*. Esta ilustração de Csordas (1994) aponta para o momento em que é possível objetivar e tematizar sobre a experiência corporal.

Sabe-se que os terapeutas narrativos já indicavam a importância da externalização, ou objetivação do problema, para a redefinição das experiências, para a construção de caminhos terapêuticos. Este processo permite que a pessoa possa observar a si mesma não como um problema, ou “inteiramente a dor”. O problema ou a dor pode ser percebido externo a ele, o que permite que novas construções subjetivas possam ser feitas (White, 2007). Não apenas isso nós intuimos revelar: há uma dimensão da linguagem que é corporal. Ao mesmo tempo, a dimensão corporal não pode ser acessível simplesmente através da linguagem, pois excluiríamos um espectro de vivências, cuja inabilidade para encontrar uma palavra que expressa exatamente o que ocorre, permite-nos afirmar a presença de um significado pré-objetivo que pode se tornar objetivável ou passível de objetivação através dos dispositivos clínicos: as dinâmicas conversacionais, uma folha de papel, um desenho, canetas que permitam a expressão livre do paciente daquilo que o acomete, a técnica da ancoragem. Eis a emergência de um sentido subjetivo. No caso citado por Csordas (1994), era a participação

nos rituais religiosos e nas consultas com os médicos locais que possibilitava a objetivação de sua experiência corporal e a construção de novas possibilidades vivenciais diante de sua doença.

Este processo de objetivação também expressa a possibilidade de mudança a partir da noção de *habitus*. Apesar de este conceito ter sido introduzido por Mauss (citado por Csordas, 2002), Csordas o assume a partir de Bourdieu, por este autor ir além deste conceito como uma coleção de práticas, assumindo-o como o “corpo socialmente informado” (Csordas, 2002, p. 63), onde há a presença não apenas dos cinco sentidos, que nunca escapam da estruturação social dos determinismos sociais, mas também há o senso de beleza, de direção, de humor, de praticidade, etc. Isto significa que *habitus* é a mediação universal que causa a prática individual dos agentes, sem nenhuma razão ou significado intencional; são práticas obscuras aos olhos dos seus próprios produtores; eles são objetivamente ajustados a outras práticas e a estruturas, cujo princípio de sua produção é, ele mesmo um produto.

Em outras palavras, isto indica o elemento pré-objetivo de uma experiência que se manifesta como espontânea e sem pré-ordenação, como pode ocorrer no processo de objetivação da dor, ela emerge de um *habitus* compartilhado, o que permite dizer que os atos de comunicação, assim como o esquema corporal de um sujeito são perpassados por fronteiras sociais e culturais indicadoras da presença do corpo vivido como socialmente informado.

De acordo com François Roustang (1991), filósofo e hipnoterapeuta francês, o sujeito é a carne de si ou de um povo, a cultura da qual está impregnado o tecido dos laços afetivos dos quais é formado, o que nos remete a semelhante inscrição situada nos ritos de iniciação à vida adulta dos jovens nas comunidades primitivas (Clastres, 2003). Neste caso, o sujeito constitui-se na medida em que pertence socialmente à tribo. A dor faz sentido conforme ela é experienciada e entendida socialmente enquanto uma vivência que apresentam seus papéis

sociais. Em nossa cultura, ela pode significar uma punição divina, um carma, frutos de um “defeito” do organismo, podem levar as pessoas a buscar um serviço de saúde.

Portanto, a dialética entre objetividade e subjetividade na experiência corporal conforme compreendida por Jackson (1994) e Csordas (2002) torna-se central neste trabalho por ela ilustrar o modo objetivo de expressão da dor como um processo análogo ao modo de expressão de um cientista acerca do funcionamento cerebral de um participante de sua pesquisa. Neste momento, remetemos às pesquisas sobre o efeito analgésico da hipnose através da observação do funcionamento cerebral, remetemos à observação do (a) terapeuta, às mudanças no sistema postural e de movimentação que um (a) paciente com dores experiencia e que se interpreta como fruto da aplicação de técnicas comprovada como possibilidade de melhora dos sintomas.

A questão é que a objetividade experienciada por ambos, se implicada na significação da forma, corresponderia a um objeto perceptivo. Por isso, tanto a forma física, podendo ser expressa pelo conjunto de funcionamento cerebral, o qual interliga-se em um sistema de relações organizada em uma ordem, como a ordem vital e humana, apresenta um significado imanente.

Em outras palavras, o funcionamento cerebral, o sistema postural e de movimentações, apenas são possíveis por um conjunto de leis complementares acerca deste funcionamento e destas movimentações formuladas por alguém que assim o formulou. A existência de uma produção imagética espontânea, por exemplo, e o momento em que a analgesia se instaura tornam-se impressionantes por fugirem a um pensamento causal de compreensão dos fatos, apresentando uma significação inerentemente presente.

No caso do humano, abre-nos a possibilidade de mudança do funcionamento cerebral, da indução de anestesia e da produção imagética espontânea a partir das palavras, pois a

ordem humana gera a possibilidade de construção de novas estruturas e de significações novas pelo ato de perceber e objetivar.

Estando a autoimagem predominantemente nessa ordem, entende-se a importância de consideração deste eixo como relevante nas discussões acerca da mudança das dores, podendo desencadear processos de mudanças também no esquema corporal, conforme podemos ver em Roberto.

2.6 Roberto

Roberto apresenta limitações expressivas no espectro de movimentação. Ele pouco conseguia mexer o pescoço, a flexibilidade de exploração angular do olhar era mínima. Comumente, ele chega para o atendimento olhando para baixo, com a coluna curvada, o que expressa o corpo em movimento como agente no espaço e tempo, apresentando limitações significativas e um desânimo recorrente em levar adiante os seus objetivos de vida.

O caso de Roberto é elucidado acerca das limitações existenciais que a dor pode proporcionar a partir da alteração do esquema corporal. O corpo em movimento expressa um homem que possui uma possibilidade de vivência espacial curta, pouco capaz de ser flexibilizada. Ele apresentava movimentos tão limitados de rotação da coluna e de alcance circular de movimento para os pés, que ele não conseguia fazer atividades corriqueiras como caminhar, sentar-se, tomar banho, levantar-se sem que sentisse intensa dor.

Isto expressa não apenas a impossibilidade de vivenciar uma espacialidade mais ampla, como também expressa seu corpo como implacável e dissimulado, o que pode resultar em uma perda de confiança no próprio corpo, em si mesmo e no mundo.

Isto permite considerar a íntima relação entre o esquema corporal e a autoimagem. No caso de Roberto, de um homem nordestino ativo e batalhador a um homem impossibilitado de ficar ereto e de manter a cabeça erguida, de contemplar o modo, de explorá-lo e trabalhar com o mesmo potencial que tivera antes: um provedor da família. Sem dúvida, a dor priva Roberto

de exercer papéis sociais importantes atrelados à perspectiva de gênero, por exemplo. Em sua vivência, a dor tinha uma causalidade fenomenológica afigurada para ele como uma crueldade do destino que o impede de exercer sua autonomia face à necessidade de ser cuidado pelos outros.

A presença da dor pode ter inúmeras repercussões no sujeito, caso o consideremos neste tecido que a ação comum vem tomar apoio e se desdobrar, pois o sujeito permanentemente faz parte de um tecido relacional, que é a sua existência sobre todas suas formas (Roustang, 1991). Por isso, a dor tem os seus papéis sociais: pode ser considerada como crueldade do destino, punição divina, aproximar os familiares e entes queridos, etc (Neubern, 2014). Diante de tais crenças perante si e o mundo, diante das limitações posturais e de movimentação, Roberto apresentava ideias suicidas recorrentes de tal modo que ele dizia, em sessão, ter medo de ficar sozinho em casa. Esta situação pode indicar que Roberto vivenciava momentos em que observava-se como “inteiramente a dor” (Jackson, 1994) em uma incapacidade de dar continuidade à sua própria vida.

O seu corpo não aguenta o mundo, dói demasiadamente, o humilha, faz o tornar dependente dos outros. Sendo um homem que desde pequeno teve que buscar o sustento e a independência, via-se impossibilidade de manter esta postura diante do mundo. De um batalhador a um fracassado.

Havendo uma dimensão da linguagem que é corporal (Csordas, 2002), este processo emerge de um *habitus* compartilhado que permite afirmar que a vivência da dor cumpre os seus papéis sociais, bem como posiciona o seu sujeito frente a si e ao mundo (autoimagem), de tal forma a ser capaz de modificar sua vivência espacial, temporal, corporal, causal, material, etc (Ellenberger, 2004).

Diante de uma postura de inferioridade quanto aos outros, expressando, no espectro de movimentação curto e em sua cabeça cabisbaixa, o retrato de semelhante menosprezo de si,

Roberto assumia intimamente as dores crônicas e a depressão, enfatizando o passado de forma negativa, o presente vivido como um peso e o futuro como incapaz de ser vivido com tantas limitações no presente. As dores contribuíram para a modificação de sua experiência temporal.

Para modificar esta experiência da dor a partir do processo de objetivação, o sujeito em sua qualidade autônoma deve enunciar as suas atribuições subjetivas e de agenciamento, o que perpassa a condição de ser capaz de reportar a si mesmo como o sujeito que se move: “Este é o meu corpo que está se movendo”, ao mesmo tempo em que é capaz de ser agente: “sou eu quem está causando esta ação”, sabendo que é ele mesmo que provoca este movimento (Gallagher, 2012a).

Vale considerar também que estas atribuições subjetivas expressam tanto o processo de controle motor quanto as ações intencionais. Quando Roberto chega para o atendimento psicoterápico não apenas ele expressa-se enquanto um corpo agente, descrevendo o modo como sua dor se apresenta ao longo de todo o corpo - em nível de atribuições subjetivas. Há um processo de controle motor que o envolve enquanto um corpo que está no mundo, ao mesmo tempo em que há ações intencionais.

Roberto, ao caminhar, projetava o ombro e a perna do lado direito e, em seguida, o ombro e a perna do lado esquerdo de modo a não produzir o ritmo de alternância do caminhar comum. A bacia parecia acompanhar o movimento rígido dos ombros de modo a dificultar a alternância na movimentação do caminhar. Neste sentido, havia uma perda da flexibilidade e de uma considerável economia de energia, a qual ele percebia em formato de desânimo e apatia.

Este caráter pré-reflexivo do senso de agenciamento (Gallagher, 2012a) permite-nos afirmar que o sujeito enquanto corpo agente, assim é denominado a partir não apenas das suas

atribuições subjetivas, que envolvem um processo de reflexividade, como também permeia a capacidade de agir intencionalmente a um nível pré-reflexivo.

A nível de atribuições subjetivas, Roberto relata que suas dores repuxam e apertam seus músculos e nervos. Estas atribuições estão encarnadas, ou seja, elas fazem parte de um problema de percepção, cujos meandros de entendimento em Merleau-Ponty remetem à constatação de que há uma dialética entre estas formas – física, vital, humana –, o qual o corpo não pode escapar e que, sendo o corpo o objeto percebido pela pessoa que sente dor, ele interage nestas três ordens no momento da percepção. Neste instante, cada ordem perde a sua autonomia ao mesmo tempo em que ganha uma significação nova.

Esta possibilidade de ganhar uma significação nova expressa, no caso de Roberto, o desencadeamento de produções simbólico- emocionais através de um cenário dramático construído, no qual ele visualizou sua própria imagem e o abraço a si mesmo.

Neste trabalho, o cenário dramático remete também ao que não é feito de palavras, como ocorre na ilusão dramática na arte com enfoque na peça teatral (Langer, 1953). A isto, preserva-se as características pré-linguística do contexto psicoterapêutico, onde a hipnose pode ser considerada como uma das ilustrações deste caráter pré-reflexivo da existência humana.

Mediante imagens, personagens e enredos simbólicos, há a experiencição de suas crenças (Neubern, 2013) e a construção de contextos psicoterapêuticos, onde a relação entre terapeuta e paciente possibilita o cenário vivo para novas experiências, sendo o corpo o lugar existencial habitado por todas estas possibilidades experienciais.

Logo no início da psicoterapia, Roberto possuía dificuldades tremendas em se encarar no espelho, de tal forma a mostrar fortes reações emocionais, tremores e impossibilidade de fixação do olhar. Na conversação, em um processo de objetivação acerca de si mesmo, ele expressou acerca de sua autoimagem: vergonha imensa sobre suas origens sertanejas; por ser nordestino; por ter aprendido a ler e escrever apenas quando já era adulto; por ter vivido em

condições paupérrimas; pelo formato de seu corpo e de sua cabeça, que remetem às suas origens.

No oitavo mês de psicoterapia, em uma sessão o psicoterapeuta contribui para construção de um contexto favorável para a mudança de sua autoimagem e do seu esquema corporal, que pode ser ilustrado no seguinte trecho de indução de transe:

E você já aprendeu muitas coisas sobre o transe ... que você pode caminhar e se movimentar ... ficar de pé e abrir os olhos ... e pedirei pra você que se prepare para uma coisa importante a fazer ... que você se levante e fique de pé ... (ele assim o fez) ... e que olhe para aquele ponto (terapeuta aponta para a imagem do paciente no espelho) e observe essa pessoa, olhando-a nos olhos ... e sinta o que ela lhe transmite...”

(R): “Isso é muito difícil para mim. Não consigo olhar por muito tempo ... mas vou tentar ...”

(T): “Isso, você pode olhar e sentir o que ela lhe transmite.

Algumas sessões depois, o terapeuta repete o procedimento e pede para que o paciente se sente de novo. Em seguida fala:

E você pode veras pessoas importantes de sua vida ... seus parentes, irmãos, amigos, filhos, esposa... e olhar no semblante de cada um deles e abraçá-los ... e como você dizia, ‘agradecer a Deus’ por cada um deles ... mas há uma pessoa chegando ali que você conhece muito bem, mas nem sempre olha pra ela...¹¹ quem é Roberto?”

(R) “Nossa, sou eu”

(T): “Sim, é você. E vou lhe dizer uma coisa. Essa pessoa está há muito tempo esperando um abraço seu. Você já a abraçou? Então você pode ir até ela e abraçá-la.

A significância da exposição desse trecho remete ao marco que ele representou na vida de Roberto. Após a visualização da imagem de si seguida do abraço, Roberto chorou bastante,

¹¹Os três pontos (...) representam pausas na fala e os trechos em negrito representam palavras ou frases em que houve a mudança no tom da voz para proferi-la.

o que foi considerado como importante para o seu processo psicoterapêutico, pois houve uma mudança significativa na sua vida cotidiana, uma mudança na relação consigo mesmo, com relação ao dinheiro e seu uso, o que antes era uma temática que estava muito ligada à obrigação de ajudar os outros em detrimento de si mesmo.

O psicoterapeuta fez questão de colocar Roberto na condição de uma pessoa, externa a ele. Primeiramente, deve-se considerar que a (o) a psicoterapeuta rege-se, assim como o (a) paciente, por fenômenos elementares (Roustang, 1991). Segundo esse autor, ele não entende somente as palavras, suscetíveis de serem compreendidas e interpretadas; ele é atacado pelos tons e ritmos, batido pelos movimentos ou pela rigidez de um corpo; pelas emoções ele pode ser invadido pelos odores. É através destes sinais exprimidos pelo corpo e recebidos primeiramente no corpo que o (a) paciente submete à influência do (a) psicoterapeuta. Isto pode permitir que diante da construção imagética espontânea o paciente abrace a si mesmo e desencadeie um choro copioso.

Em segundo lugar, isto caracteriza sumariamente o processo de objetivação (Jackson, 1994) e externalização (White, 2007). O sujeito que está “totalmente em dor”, desinteressado pelo “mundo exterior”, fechado em si e focado em suas mudanças corporais (Le Breton, 2013) e tem a possibilidade de perceber a dor ou a si mesmo, como externo ou objetivado.

Este processo de objetivação caracterizado pelo distanciamento do próprio corpo via saber objetivo tornou-se expressivo via construção imagética, o que desencadeou um processo emocional de vivência relevante para a mudança na experiência de suas dores.

M. L. Lyon e J.M. Barbelet (1994) correspondem a autores de suma importância para na relação entre emoção e ação no entendimento do corpo vivido e para compreender com essa mudança na experiência da dor pode acontecer no caso de Roberto. Esses autores consideram a emoção como uma parte integral de toda a existência humana. Ela ativa dispositivos distintos, posturas e movimentos, o que inclui a maneira como os corpos

interagem uns com os outros e articulam em um propósito comum. Por outro lado, as emoções movem as pessoas ao longo do processo corporal e constituem uma das bases do agenciamento: os atores sociais estão corporeificados. A emoção também é central na compreensão do agenciamento da prática corporeizada, algo que ocorre no momento em que a pessoa experiencia ela mesma como sendo simultaneamente como os seus corpos e os seus corpos quando sentimos a nossa presença no mundo.

O desencadeamento do choro possibilitou, em seu caso, mudanças significativas na experiência das dores. Esta mudança pode ser entendida de diferentes formas. Neste trabalho, a ênfase sendo dada na mudança da autoimagem e do esquema corporal, é significativa a compreensão das emoções por Lyon & Barbelet (1994). As emoções ativam dispositivos distintos, posturas e movimentos, ou seja, elas são capazes de gerar mudanças a nível vital, no esquema corporal ao mesmo tempo em que pode desencadear mudanças simbólicas significativas, a começar pela produção imagética nessa sessão.

A partir dessa produção, entendeu-se haver indicadores importantes de mudança da autoimagem. Sendo essa a forma com o sujeito percebe a si e ao mundo, poder dar um abraço em si consiste na oportunidade de “retomar o contato com a sensorialidade que vivo do interior” (Merleau-Ponty, 2011, p. 296).

Esta retomada vai em direção às condições primeiras de simultaneidade entre sujeito e objeto, já que apenas podemos tornar a nós mesmos objetos a partir da consciência que somos. Este processo de objetivação de Roberto – ver-se como outra pessoa a ser abraçada – significa, por excelência, a oportunidade de experienciar em um novo campo fenomênico, sabendo que a unidade sujeito e objeto, que permite a objetivação de si, são fundamentalmente uma experiência sem a qual não haveria nada para ninguém.

Na medida em que notamos que este processo de objetivação foi acompanhado pela presença de outros rostos significativos em sua vida, podemos remeter à criação de um

contexto de reconciliação consigo mesmo e a forma de relação com os outros, bem como com suas origens, os quais eram uma temática central em sua vida: vergonha da origem nordestina, sertaneja, da própria cabeça e do próprio rosto.

A autoimagem liga-se intimamente à ordem humana. Composta por este conjunto de crenças e percepções do sujeito com relação à si e ao mundo, ela esteve presente como um eixo terapêutico ao longo das sessões de Roberto. A sua mudança implicaria uma mudança no esquema corporal, que está mais presente na ordem vital, pois todas as ordens apresentam-se em uma relação dialética.

Se Roberto passa a assumir uma nova relação consigo, ele pode desencadear uma mudança de experienciamento de si e do mundo, alterando a sua espacialidade, temporalidade, o que pode incorrer em valorizar novos propósitos para a sua existência.

Na experiência do transe em casos cujos pacientes sentem muita dor, possuímos como uma das alternativas, promover esse contexto no qual o paciente possa experienciar a “desorientação do corpo” (Erickson & Rossi, 1979, p. 100). O (a) paciente é hipnoticamente dissociado (a) e induzido (a) a experienciar ele (a) mesmo (a) como à parte de si mesmo. Em uma situação, Erickson (1979) atendeu uma paciente que chegou a determinada sessão muito feliz e animada contando sobre o programa de TV que havia imaginado e que conseguiu aliviar consideravelmente as suas dores quando, em transe, ela levantou de sua cama, sentou em sua cadeira de rodas e foi em direção à sua sala de estar assistir a um programa de TV, contando ter deixado o seu corpo em sofrimento na cama onde estava.

A forma como a paciente descreve sua experiência corresponde ao saber objetivo derivado de sua experiência de mundo tal como ela aparece enquanto somos corpo, enquanto percebemos, portanto, o mundo como nosso corpo. Aqui apresenta-se não apenas a capacidade de expressão objetiva de uma experiência corporal como importante para o processo de mudança da vivência de suas dores. Revela-se o sujeito da percepção, aquele que

reaprende a sentir o seu corpo não apenas objetivando-o, mas construindo um novo mundo, um novo corpo, um novo tempo e espaço, construindo imageticamente um novo campo fenomênico.

2.7 Marli

Em uma sessão de transe, o psicoterapeuta disse a Marli:

E também me pergunto que tipo de planta você gostaria de plantar na parte mais norte ... na altura do rosto e da cabeça ... seriam apenas flores? Também gostaria de frutos? O que seria plantado ali para você ...”, a paciente vivenciou uma intensa crise de choro acompanhado de uma cena (processo de objetivação) ao qual ela descreve: “Vejo meu pai me xingando, me humilhando ... eu sou criança e ele está me dizendo coisas horríveis ... me xingando ...

Marli possui um conjunto de lembranças de violência inscritas na sua história narrada, inscrita em sua autoimagem e experiência corporal. A produção imagética de uma cena em que o pai a “xingava” apresenta semelhanças com a paciente atendida por Erickson que, momentaneamente, percebeu-se em outro cômodo assistindo a um programa televisivo: a produção pode corresponder a modos de objetivação, uma expressão do pensamento, e consequentemente de emoções, ao mesmo tempo em que evoca a emergência do sujeito, configurando-se como um convite à construção de um espaço de significação (subjetivação) que pode contribuir no alívio de suas dores.

A técnica da ancoragem (Neubern, 2010; 2014) permite a amplificação de uma experiência sensorial, o que, no caso da dor crônica, inclui contrapor às sensações desagradáveis de dor, o que Erickson & Rossi (1979, pp. 98) denominam como “substituição hipnótica das sensações”.

A produção imagética, interpretada a partir da importância do processo de objetivação, representa esta dialética entre objetivação e subjetivação encarnada em um corpo. A forma como a paciente descreve sua experiência corresponde ao saber objetivo derivado de sua

experiência de mundo tal como ela aparece enquanto somos corpo, enquanto percebemos, portanto, o mundo como nosso corpo.

Esta construção foi possível na medida em que o terapeuta utilizou os movimentos corporais mínimos da paciente para promover alívio, da seguinte forma:

T – “Você já se fez essa pergunta muitas vezes e ainda não teve respostas. O que sei é que você pode olhar essa experiência de outro ângulo ... e talvez assim conseguir ver melhor isso. Você consegue alterar sua respiração?”

M – “Sim, isso eu consigo.”

T – “Ok. Agora você consegue soltar suas mãos, deixando-as mais soltas, relaxadas? De modo que, se quiser, pode mexê-las?”

M – “Sim, consigo...”

T – “Ótimo. E você consegue perceber que outras partes do seu corpo também estão mais soltas, confortáveis, até mais agradáveis ... e que isso que dói e faz sofrer está em apenas uma parte?”

M – “Sim, consigo...”

Em seguida, a paciente apresentou outro processo de objetivação, o qual consideramos ter representado uma “cura” (Csordas, 2002), no momento em que ela relata a seguinte cena:

M – “Vejo um homem vestido de branco ali na beira da porta ... um enfermeiro espiritual”

T – “Um homem vestido de branco, um enfermeiro espiritual ... o que você sente dele?”

M – “Ele deu a volta e chegou aqui, atrás de minha cadeira ... está colocando uma coisa branca na minha cabeça ... vai lá dentro da cabeça ... parece uma bucha que suga uma substância negra ... saiu quase tudo, mas não tudo ... Nossa! Que alívio ... que alívio ...”

T – “Isso, aproveite bem esse alívio ... você consegue se sentir mais leve?”

Conforme dizemos anteriormente, estando a experiência corporal da linguagem em um plano de vida em conformidade com o seu significado religioso e cultural, muito se pode compreender do processo de pré-objetividade da experiência do ser no mundo (Csordas, 2002, 2011). No caso de Marli, esse processo pode ser entendido face à construção imagética

imprevisível e a produção de alívio subsequente. Pode-se pensar também acerca da importância de sua inscrição cultural enquanto espírita na promoção de mudanças de sensações e vivências, o que implica apreender a significância da inscrição cultural do corpo em um modo pré-reflexivo, capaz de sustentar os gestos culturais implicados no corpo em movimento e a importância do (a) psicoterapeuta considerar e respeitar os sistemas de crenças dos (as) pacientes na mudança terapêutica.

Ao mesmo tempo, interpreta-se este processo de objetivação como momento em que o corpo e a alma se distinguem, apresentando-se enquanto desintegração, “momento isolado” (Hidalgo, 2009, p. 38), e, porque não, como instantaneamente autônomo. Eis a relação do sujeito com o corpo e uma possibilidade de justificativa para a importância do processo de objetivação acerca das dores para o tratamento de pessoas que a sentem cotidianamente: a objetivação permite que o sujeito seja sujeito, exercendo a sua autonomia a partir da dialética entre as três ordens de significação que o pode constituir enquanto corpo vivido.

Remete-se à presença do sujeito enquanto corpo vivido, justificado como sujeito da percepção, que no ato de perceber, renova-se em uma possibilidade de construção de uma significação nova, pré-reflexiva e reflexiva decorrente da dialética entre matéria, vida e espírito, sendo ele mesmo, a expressão responsável de si mesmo sem que ao menos tenha consciência disto.

Por isso, entende-se que não é apenas a mudança interpretativa das sensações de dor que promove o alívio da dor. Acredita-se que esta mudança também ocorre por proporcionar modificações na dor, perpassando as três dialógicas: a ordem humana, vital e física. O momento de objetivação ilustrado no caso de Marli, prioritariamente ocorreu através de uma produção imagética. Ao considerar o sujeito da percepção, esta produção pode ser caracterizada como um objeto perceptivo, o que implica a valorização sumária da forma enquanto elemento de conexão dialética entre a objetividade e a subjetividade. A forma

designa uma configuração visual, sonora ou mesmo anterior aos sentidos em que o valor sensorial de cada elemento é determinado por sua função no conjunto e varia com ele, conforme presente na compreensão da vitalidade do corpo.

Pode-se entender que a experiência da dor compreendida a partir da autoimagem e do esquema corporal não apenas expressa o seu pertencimento permanente a um tecido relacional, social e cultural, como também indica um pertencimento a si mesmo, enquanto corpo vivido, na medida em que ele está em si em um conjunto relacional anatomicamente – ordem física –, definido na presença de uma variedade incalculável de ações dele mesmo, do sujeito. E, na medida em que ele age, ele exprime que o seu corpo está no mundo, como um corpo em movimento (remete-se ao esquema corporal limitante de Roberto), que assume ativamente o espaço, o tempo, pois, do contrário, não haveria espaço se nós não tivéssemos corpo (Merleau-Ponty, 2011).

Se este processo acontece a partir de uma dialética entre objetividade e subjetividade, a forma designa implicitamente um valor sensorial dado às ações, seja a partir de uma configuração sonora ou visual (a produção imagética de Marli). Todavia, este valor pode mudar na medida em que o contexto muda, devido a sua função no conjunto e variando com ele.

Por isso, valoriza-se os modos linguísticos de expressão enquanto possibilidade de construção de novas experiências corporais a partir de novos contextos, na medida em que os contextos permitem esta produção em diferentes ordens, sabendo que objetivar não pode representar unicamente um discurso a ser escutado.

Os momentos terapêuticos enfatizados neste trabalho remetem ao processo de objetivar como vinculado especialmente à expressão de si e de seu mundo vivido expressão através de gestos, posturas e movimentos; da expressão descritiva acerca da dor; da expressão imagética que possibilitou a construção de um cenário dramático.

Neubern (2012) aponta para a importância da noção de drama por ela propor uma compreensão dos processos subjetivos da pessoa através de uma metáfora humana e drama sendo compreendido como ações que ocorrem em um espaço social específico, circunscrito por enredos simbólicos, compostos por diversas metáforas e que determinam as formas pelas quais as relações devem acontecer.

Estas ações enredadas por processo emocionais são capazes de desencadear posicionamentos posturais e de movimentação novos, bem como de experiência do mundo e da dor.

Havendo uma dimensão da linguagem que é corporal (Jackson, 1994), entende-se que o processo de objetivação perpassa as diferentes ordens de experiência e legitima a psicoterapia como um recurso significativo de promoção de saúde a pessoas com dores crônicas. Nesse sentido, a ênfase também deve ser dada aos modos linguísticos de expressão, pois a palavra pode tocar assim como um bisturi. Uma cirurgia capaz de modificar dores praticamente insuportáveis e que ocorre através de processos automáticos, como a produção imagética espontânea, sabendo que estas experiências vão para além das palavras (Langer, 1953).

2.8 Modos linguísticos de expressão na psicoterapia ericksoniana: ênfase na metáfora e na sugestão

Ao considerar a hipnose como a intensificação das emoções, dos sentimentos, das impressões, das imagens, pode-se dizer que tudo isso caracteriza a singularidade do sujeito, porque vivencia um momento de interação, de comunicação, de contágio, cuja presença da animalidade¹² serve de fundo para a comunicação (Roustang, 1991).

¹²A partir de François Roustang (1991), compreende-se o conceito de animalidade como o corpo impressionado pelas relações em uma complexidade de movimentos e de gestos ininterruptos.

Parte-se do pressuposto de que os modos linguísticos constituem um importante eixo de consideração nas mudanças experienciais das dores, sendo caracterizados como um modo expressivo, cuja forma é exprimida através do tom de voz e suas variações, de pausas, bem como através de uma dimensão simbólica e emocional inerente à linguagem, aos gestos, à produção de imagens decorrente de uma sugestão indireta, conforme podemos observar no caso de Marli.

Vale ressaltar que, nesta seção, por uma questão didática, Roberto e Marli aparecerão no formato de texto corrido para explicar a relevância dos modos linguísticos de expressão na psicoterapia ericksoniana.

Marli veio a terapia por conta de dores generalizadas, que a afetavam aleatoriamente em várias partes do corpo. A paciente apresentava um diagnóstico de lúpus ao chegar para atendimento psicoterápico. Neste início, era difícil para ela se levantar da cama, pois tudo doía, até mesmo seu corpo cabeludo. Sua autoimagem relacionava-se intimamente com sua história familiar de abusos sexual provindos de irmãos mais velhos, de diversos xingamentos e castigos físicos.

Diante deste exemplo há a crucial importância em buscar as referências da própria paciente, o que inclui a compreensão do modo como ela se relaciona com a própria dor, como a compreende da forma como ela se manifesta.

Em uma sessão de transe com esta paciente, o terapeuta buscou evocar os seus recursos e potencialidades de mudança através da técnica da ancoragem (Neubern, 2010, 2014).

Nesta sessão, o terapeuta se comunicava a ela com mudança de tons que indicavam sugestões, as quais ela tinha autonomia para segui-las ou não, dizendo que, na medida em que ele falava com ela, uma parte dela poderia ficar,

*observando como você **já sabe fazer, já aprendeu a fazer**,o que acontece com cada parte do corpo quando você coloca o pensamento sobre ela... ou a deixa soltar mais...ou dá férias a essa região... enquanto a outra parte sua caminha por aí... você me falava ainda há pouco de como gostava **de colocar os pés no chão**,ficar descalça quando era criança ... e como você fez isso outro dia na grama e foi gostoso ...*

Este trecho de indução, retirado de uma sessão transcrita e estudada no grupo de pesquisa CHYS, constitui-se como a criação de um contexto para evocar recursos e potencialidades da paciente, onde ela pode reaprender a ver o mundo e, fundamentalmente, a si mesmo. O sujeito da percepção é aquele que em cada ato de percepção tem a capacidade de recriar e de reconstituir o terreno em que habita, o seu próprio corpo inscrito na cultura. Em cada ato ela pode interpretar-se de outra forma e isto é uma ilustração do ser sujeito.

Estes modos linguísticos abarcam experiências familiares que remetem a muito aconchego e proteção pra essa pessoa. Nesse sentido, estes modos também são capazes de alterar a sua percepção de tempo (foco no passado decorrente de um processo depressivo) e possui um bom desfecho, algo muito diferente de seus dias que terminavam com uma sensação de imenso desgaste.

No caso de Roberto, estes modos linguísticos também abarcaram a sua história narrada, a sua inscrição cultural, sabendo que o seu corpo constitui-se em um *habitus* compartilhado, conforme podemos perceber no seguinte trecho:

E você pode perceber, Roberto, como aquele menino pôde aprender tão rápido a negociar vacas e cabras ... e levava as coisas da roça para trocar na feira e, mesmo com 18 anos, ele quis começar a aprender a ler e escrever e hoje lê vários livros ... devora-os ... e quem o observasse hoje lendo tantos livros não diria que ele aprendeu a ler tão tarde ... e você pode comparar as roupas daquela criança da roça com os ternos do homem maduro de hoje ... e se perguntar o que elas têm a ver? E fico me perguntando o que esse menino sabia tanto que levou esse adulto a frequentar

ambientes 'chiques' e refinados e ser tão respeitado por pessoas importantes ... eu gostaria muito de saber qual é o segredo deste menino pobre da roça ...

A tônica dada às suas raízes culturais e às suas conquistas ao longo da vida consiste em sugestões que buscam fundamentalmente trabalhar a relação de Roberto consigo e com o mundo, na medida em que também propõe gerar um cenário de mobilidade e flexibilidade temporal, sabendo que sua situação depressiva torna mais enfática a sua experiência temporal no passado. É uma vivência que pode proporcionar a reconstrução do terreno em que habita.

Então poderíamos novamente nos questionar: o que isto pode auxiliar na melhora de suas dores?

Segundo Erickson & Rossi (1979), qualquer alteração hipnótica provocada em qualquer qualidade interpretativa das sensações das dores serve para alterar todo o complexo configuracional da dor. Para Merleau-Ponty (citado por Neubern, 2014) as configurações antecederem a formação de sentidos subjetivos específicos e singulares e expressam-se como sistemas que integram diferentes elementos da experiência vivida pelo sujeito. Conforme Merleau-Ponty (2011, p. 5) diz:

Eu comecei a refletir, minha reflexão é reflexão sobre um irrefletido, ela não pode ignorar-se a si mesma como acontecimento, logo ela se manifesta como uma verdadeira criação, como uma mudança de estrutura da consciência, e cabe-lhe reconhecer, para aquém de suas próprias operações, o mundo que é dado ao sujeito, porque o sujeito é dado a si mesmo.

Há sujeito não apenas por ele ser capaz de produzir emocionalmente e simbolicamente, mas por ele existir enquanto corpo vivido em níveis configuracionais que antecederem a formação de sentidos.

Não trata de um som – a voz do (a) psicoterapeuta – que penetra o sujeito eliciando uma resposta. Ao tratar do corpo vivido, remete-se a uma experiência que engloba três ordens, o que permite dizermos que a voz do (a) terapeuta não pode apenas ser um som, assim como

um conjunto de gestos não podem caracterizar apenas um conjunto de movimentos. Há um significado imanente não apenas na expressão do (a) psicoterapeuta, mas no modo como o (a) paciente interage com esta expressão.

Todavia, este significado imanente não é detentor apenas de uma ordem física ou vital. Este significado apresenta-se enquanto sentido, ou seja, enquanto produção simbólica e emocional. Vejamos esta situação: uma mãe encontra-se exausta, totalmente cansada e consegue dormir em um lugar onde há muito barulho e sons ao seu redor. Todavia, se o seu bebê inicia um choro, ela acorda imediatamente e vai acolhê-lo. O que permite com que ela durma em um lugar barulhento, mas, ao ouvir seu bebê, ela acorde subitamente? O que permite que uma pessoa que sente dores cotidianamente em um momento de intenso susto ela não sinta dor alguma?

Há sons e sustos que em determinadas pessoas não implique em ação alguma. Isto caracteriza a ordem humana e esta capacidade de apresentar-se singularmente enquanto produtor de sentidos nos mais diversos espaços de ação.

Dessa forma, há a impossibilidade das vozes, entonações e gestos agirem sobre os órgãos dos sentidos como uma causa age sobre o seu efeito. Os estímulos agem muito pelas suas propriedades de forma, ou seja, pelo movimento, ritmo e distribuição espacial (Merleau-Ponty, 2006). Se considerarmos a sugestão hipnótica como um estímulo, a responsabilidade do (a) terapeuta em elaborá-la engloba a visão de que o organismo do (a) paciente jamais responderá como uma totalidade passiva.

O trecho: “...você já sabe fazer, já aprendeu a fazer...” representa uma sugestão indireta para que haja a ativação dos aprendizados corporais naturalizados no formato de esquema corporal, no qual Erickson & Rossi (1979) denomina como “not knowing, not doing”. Fazemos coisas das quais não precisamos refletir o tempo inteiro para que haja ação. Esta busca acontece não apenas a nível reflexivo, pois o sujeito enquanto corpo agente

envolve-se não apenas em um processo de reflexividade, como também permeia a capacidade de agir intencionalmente a um nível pré- reflexivo (Gallagher, 2012a).

A organização da linguagem desse modo pode proporcionar um contexto de exploração dos próprios recursos, de valorização da singularidade e a utilização de atividades, hábitos corriqueiros; de um ritmo natural e próprio do corpo humano em prol da busca do (a) paciente pelas soluções de seus problemas. Entretanto, o sujeito pode, diante de uma sugestão, nada experienciar de diferente.

Por isso, há a importância de estudo dos modos linguísticos de expressão em psicoterapia, pois eles devem estar consonantes à inscrição cultural do (a) paciente, ao modo como ele se expressa e se move no mundo. Para a mãe, o choro do bebê é um ato a ser percebido, porque desencadeia produções de sentido significativas para essa mulher. Se o (a) psicoterapeuta assumir modos linguísticos de expressão dissonantes ao mundo vivido do (a) paciente- como os barulhos ao redor da mãe – dificilmente as sugestões, as metáforas, o conto de histórias, etc. podem promover mudanças na experiência da dor destas pessoas.

Em uma sessão, é possível que o (a) paciente experiencie novas situações fenomênicas, alterações temporais, espaciais, corporais, etc. por meio de modos linguísticos de expressão que facilitam a construção deste contexto, conforme podemos perceber, quando o terapeuta continua descrevendo como, após um dia no jardim, *“o relógio pode passar rápido e você nem sentir ... mas seu tempo ficou mais e mais longo aí dentro e cada minuto pode ser muito aproveitado”*.

A distorção de tempo constituiu um eixo importante de trabalho no caso de Marli e de Roberto, por eles vivenciarem longos períodos de depressão, onde, no caso de Marli, cada manhã era vivida como um suplício.

É possível perceber as sugestões indiretas de *“você pode aproveitar muito (...) quem saber correr e brincar na roça ou no rio...”*, trechos correspondentes de uma sessão, como

decorrentes da utilização da história de vida da própria paciente, transformando o momento psicoterapêutico em um cenário vivo, que não exclui, de forma alguma, o trabalho com o esquema corporal.

Pelo contrário, esta estrutura ampla e aberta de sugestões pode contemplar diferentes momentos dos sistemas configuracionais da experiência de dor, o que engloba o esquema. Este modo linguístico de expressão: “*observando como você **já sabe fazer, já aprendeu a fazer**, o que acontece com cada parte do corpo quando você coloca o pensamento sobre ela...*”, é elucidativo para o que o próprio corpo representa enquanto uma totalidade experiencial (Maturana & Varela, 1995).

Esse aprendizado pode referir-se aos aprendizados corporais, que são ativados por meio de novos esquemas corporais ao pensar em uma parte do corpo. Isto perpassa a compreensão da dimensão pré-reflexiva, do corpo em movimento e uma possibilidade de mudança apresentada em uma dialética entre ordens de experiência. Como Merleau-Ponty (2006, p. 271) diz: “Somente os homens percebem que estão nus. Na casa que constrói para si, o homem projeta e realiza os seus valores preferidos (...)”.

Isto caracteriza sumariamente a estrutura humana, que envolve a produção de novas estruturas e, portanto, de novos sentidos. Ao mesmo tempo, legitima a experiência da dor em sua singularidade e a necessidade de consideração, na elaboração dos modos linguísticos de expressão com o (a) paciente, de que os sujeitos apresentam uma forma extremamente diversa pela capacidade de criar novos sentidos.

Por isso, percebe-se a dialética das ordens de experiência e a pertinência da perspectiva do corpo vivido para o entendimento de que o sujeito, experienciando uma mudança na autoimagem e na maneira de exprimir o seu corpo em movimento – esquema corporal – ele pode experienciar mudanças no complexo configuracional da dor, na forma de experienciá-la e de expressar-se sobre ela, construindo novos sentidos.

Na mesma indução de transe, o psicoterapeuta trabalha processos que proporcionam a reconfiguração de sua autoimagem que, de forma ilustrativa, pode ser representada pelo seguinte trecho:

*E fico me perguntando que se você tivesse um grande terreno, o que você plantaria na parte sul desse terreno... ali nos seus pés ... o tipo de plantas e **floooooorecesss** que você plantaria ali ... para que pudesse pisar nesse terreno e senti-lo bem ... sentir-se em casa ... **protegida...** e ter a sensação de que aquelas flores sorriem pra você e transmitem algo muito bom ... e seu corpo sente isso... e seus pés continuam andando ... e sentindo cada passo nesse terreno gostoso ... muito bom ...*

Na sessão seguinte, a paciente relatou que, durante o transe, as pétalas haviam tampado “buracos” em seu corpo. A partir desse processo de objetivação, pode-se entender que as possíveis alterações na autoimagem decorrentes da experiência de dor revelam o corpo, que apresenta sentidos culturais especificamente construídos na vivência dolorida de uma determinada pessoa.

Esta expressão metafórica, tanto da paciente quanto do psicoterapeuta, através de uma produção imagética poderia ser pensada como um momento que proporcionou uma mudança terapêutica, evidenciada pela capacidade de construção imagética sobre e no seu corpo.

Conforme observamos na pesquisa de Csordas (2002) sobre a cura e a linguagem dos rituais no movimento da religião cristã contemporânea, o momento expressivo que constitui a forma de objetivação de si caracterizada como cura é aquele em que o processo de expulsar o espírito é acompanhado de uma imagem corporeizada como “eu não tenho controle sobre isto, isto tem controle sobre mim, eu estou sendo liberto”; portanto, curado. O controle possui um sentido compartilhado socialmente, o controle dos sentimentos, das ações, dos pensamentos é importante na cultura da América do Norte, conforme o autor observa.

Portanto, para este autor o processo de cura é possível também, pois aquela expressão objetiva possui sentidos culturais, um pertencimento de si em todo aquele processo ritualístico que possui significados e sentidos compartilhados culturalmente.

No caso de Marli, alia-se também a ida ao centro espírita atrelada ao seu trabalho mediúnico provocou um período de tranquilidade, inclusive em suas dores, o que pode consistir em uma breve ilustração sobre como os sistemas de crenças, a inserção cultural e social está na experiência vivida do sujeito em seu próprio corpo. Conecta-se a isto, a própria autoimagem, como este sistema de crenças e percepções sobre si mesmo, sem o qual um pertencimento cultural não seria possível.

A dor constrói em cada sujeito um padrão de esquemas corporais que pode ser explorado pelo pesquisador (a) e terapeuta na tentativa de compreender a forma como a dor é configurada naquela pessoa, bem como o modo como será conduzido terapeuticamente as sessões.

No caso de Roberto, o seu corpo em movimento expressava sérias limitações relativas ao espectro de movimentação do pescoço, dos ombros, da bacia. Mas isso pode ser experienciado de forma distinta, como é possível observar na segunda sessão do primeiro mês de psicoterapia, quando houve uma indução que se iniciou pela levitação de braço:

E você pode aproveitar e observar, sentir o que acontece com sua mão ... talvez ela fique diferente do resto do corpo, talvez você sinta nela um leve formigamento E enquanto uma parte sua observa o que ocorre com seu braço, outra escuta o que falo pra você. E uma criança pode aprender muitas coisas brincando. Brincar no rio, pular na água, secar-se ao sol, espichando-se ... e ficar ali o tempo que quiser ... e sentir a água no corpo, mostrando-lhe os limites do corpo, o frescor na pele ... e sentir o calor do sol, secando o corpo, relaxado... e de um jeito muito prazeroso.... E o que vem pra você nesse momento, Roberto?” (R): “Eu estava na beira do rio, pescando com meus amiguinhos, minha mãe olhando de longe ... agora estou secando no sol, sinto um calor muito bom...

Neste momento, Roberto se levanta, mesmo em transe, e começa a fazer movimentos circulares no braço. O psicoterapeuta utiliza este contexto e acrescenta:

E você pode aproveitar esse calor e deixá-lo circular pelo seu corpo ... e perceber o que ele pode fazer com cada região de seu corpo ... e como ele faz com as fibras musculares ...que podem se soltar suavemente ... e o tipo de relaxamento que ele faz...

Nesta sessão, o paciente conseguiu fazer movimentos muito mais leves e mais soltos em comparação àqueles que ele comumente apresentava cotidianamente. Ao mesmo tempo, Roberto relatou sentir nesta sessão um calor prazeroso e relaxante, o que há muito não experimentava. Literalmente, ele suava em sessão.

Segundo Merleau-Ponty (2006a), os estímulos agem muito pelas suas propriedades de forma, ou seja, pelo movimento, ritmo e distribuição espacial. Se considerarmos a sugestão hipnótica como um estímulo, a responsabilidade do (a) terapeuta em elaborá-la engloba a visão de que o organismo do (a) paciente jamais responderá como uma totalidade passiva.

Sendo um estímulo, a sugestão também pode ser vista como um movimento, assim como quando tentamos pegar um animal que apresenta o seu próprio conjunto de movimentações e nos movimentamos juntos com ele, sendo este “novo todo” rítmico.

A alteração do esquema corporal em Roberto ocorreu em uma sessão onde houve a utilização de muita sugestão indireta, com um modo de expressão semelhante a: “você pode aproveitar e observar, sentir o que acontece...”; “e uma criança pode aprender muitas coisas brincando”, etc.

Se a sugestão for percebida enquanto movimento, abre-nos um conjunto de possibilidades de entendimento acerca desse modo linguístico de expressão, o que engloba a postura do (a) paciente que, também está em movimentação. A sugestão indireta não diz ao paciente o que ele deve fazer – Roberto poderia ou não sentir, aproveitar, etc. Ao invés disso, a sugestão explora e facilita o que o sistema responsivo do (a) paciente consegue fazer em um

nível autônomo sem realmente fazer um esforço consciente de si mesmo para que isto ocorra (Erickson & Rossi, 1979).

Segundo esses autores, a utilização de uma linguagem indireta evoca recursos de criatividade para a solução de seu problema. Este processo de evocar recursos sem que ao menos esteja refletindo sobre isso, remete ao sujeito da percepção enquanto aquele que não necessariamente apresenta-se enquanto uma dialética entre o simbólico e o emocional, mas que no ato de sentir, apresenta um significado vital, podendo vivenciar o mundo com um potencial terapêutico de mudança. Ao mesmo tempo, a sugestão evoca, através de palavras, modificações perceptivas que podem ser expressas na economia de movimentos, na distorção temporal, espacial, corporal.

Assim ocorre nas sugestões que apresentam como objetivo evocar automatismos. A levitação de braço pode ilustrar este “novo todo”, por apresentar-se enquanto movimento exposto pela influência do estímulo sugestão, verdade, mas cadenciado graças ao movimento pelo qual o sujeito expõe a si mesmo à influência. Isto pode ser representado por aquilo que o psicoterapeuta diz: *“E você pode aproveitar e observar, sentir o que acontece com sua mão... talvez ela fique diferente do resto do corpo, talvez você sinta nela um leve formigamento...”* Este constitui um modo linguístico de expressão capaz de desencadear processos de analgesia e anestesia. No momento em que sugere-se que Roberto observe a sua mão, o psicoterapeuta suspende um pouco a mão dele, uma metáfora gestual que sugere que haja a levitação de braço.

Em um de seus trabalhos, Setha M. Low, ex-presidente da Associação Americana de Antropologia, tece uma reflexão acerca das metáforas como corporais a partir do estudo acerca dos nervos como uma experiência vivida. Ao partir do pressuposto de que a metáfora é construída através do corpo e emerge dele, produzindo categorias de pensamento e

experiência, Low (1994) destaca que a experiência das pessoas que sofrem dos nervos comumente é descrita por meio de sensações através de uma linguagem metafórica.

Se a corporeidade é de nervos e os nervos são construídos por discursos locais e instituições que expressam e agem como uma metáfora também social, psicológica, política e econômica, a metáfora é corporeizada e retém não apenas a integração da experiência mente e corpo, mas também expressa a condição física bem como a base política e social dos nervos. Para isso, a autora faz um comparativo entre diferentes culturas, explicitando os diferentes modos de expressão acerca do que seja sofrer dos nervos.

A visão de corpo em Foucault (1977) destaca que o poder está presente amplamente nos indivíduos, toca os seus corpos e penetra-os mesmos em suas ações e atitudes, em seus discursos, nos processos de aprendizagem e no cotidiano. O poder da sociedade está inscrito no corpo. Comparativamente, podemos destacar que, para Low, o poder da metáfora, uma forma de expressão do discurso, remete mais às especificidades culturais do que à experiência corporal, o que remete à influência da dimensão sócio-histórico-cultural inscrita nos corpos. Todavia, para a autora a metáfora é construída através do corpo e emerge dele produzindo categorias de pensamento e experiência, sendo o caminho primeiro que o sujeito e a cultura dão sentido ao mundo.

Analogicamente, a dor pode ser compreendida como os nervos ao ser também uma experiência vivida. As pessoas chegam aos nossos consultórios e expressam acerca de suas dores através de uma linguagem metáfora, como: esta dor parece com gente querendo dar marteladas em minha cabeça; é como se alguém estivesse dando uma facada bem na região do abdômen, uma dor fina que vai lá dentro. Esse modo de descrever metaforicamente as sensações não apenas corresponde a uma linguagem estratégica, flexível e criativa para a expressão do sofrimento; ela expressa, por excelência, a integração entre mente e corpo,

individual e social. A metáfora sendo corporal ela está situada em temas simbólicos específicos do contexto social e cultural da pessoa.

A relevância dada a esta definição de metáfora (Low, 1994) remete à construção do pensamento e da linguagem a partir de uma inscrição corporal. Mais do que isso, este processo descritivo e metafórico permite a exploração acerca do esquema corporal do sujeito. Ao mesmo tempo, ele permite a exploração dos sentidos subjetivos construídos acerca da dor, construindo indicadores para o desencadeamento do processo terapêutico e da construção de novas estruturas (Merleau-Ponty, 2006), o qual situa-se na ordem humana.

Portanto, a utilização de metáforas, conto de histórias e sugestões podem ser aprimoradas em um contexto psicoterapêutico em prol do (a) paciente, prezando pelos princípios fundamentais da utilização e da singularidade. Todavia, o (a) leitor poderia se questionar se, estes modos linguísticos de expressão, não influenciariam na forma de construção das soluções pelos próprios pacientes, soando como impositivas ou destituíntes de um processo autônomo do sujeito.

É importante enfatizar as trocas humanas em psicoterapia, sabendo que a influência ocorre de forma inerente a estas trocas. A hipnose, as induções de transe são uma questão de influência (Roustang, 1991). No entanto, tal influência precisa assumir uma forma de convite, ao invés de imposição. Para ser terapêutica, deve respeitar também os modos linguísticos de expressão do (a) paciente, deve buscar as suas próprias referências de mundo, valores, crenças e hábitos (Csordas, 2002, 2011).

Os modos expressivos de um sujeito são construídos através do corpo e emerge dele produzindo categorias de pensamento e experiência, sendo o caminho primeiro que o sujeito e a cultura dão sentido ao mundo (Low, 1994). Por isso, uma metáfora pode tocar o sistema nervoso e produzir novos padrões de sensação de dores. Não porque as dores são de nervos, mas porque os nervos e as dores são um corpo que, conforme Merleau-Ponty (2011, p. 114)

sugere, “o corpo como um veículo do ser no mundo, ele junta-se a um meio, confunde-se com certos projetos e empenha-se continuamente neles”. Por isso, desfaz-se a diferenciação entre sujeito e objeto no momento da experiência, do vivido, assim como desfaz-se os modos de expressão linguísticos em psicoterapia como mera expressão subjetiva.

De semelhante forma, poderíamos pensar como uma linguagem que privilegia temas como jardins e flores podem alterar sensações tão terríveis de dor diante de temáticas tão difíceis de vida. No caso de Marli, a produção de uma sensação de alívio ocorreu a partir de um processo extenso nessa sessão de acompanhamento corporal atrelado à ancoragem. Começando dos pés e indo até a cabeça, a linguagem metafórica e sugestiva, sugeria que o seu corpo fosse um jardim e que, cada parte dele, poderia ser alguma flor deste jardim (indução de um processo de objetivação – distancia-se do corpo, percebendo as suas partes, ao mesmo tempo em que o é). No momento em que chegou à cabeça, ela produziu uma imagem intimamente associada com a herança familiar de violência, o que se conectava à sua autoimagem.

A cabeça apresenta, em nossa cultura, produções simbólicas significativas, inclusive relacionadas à imagem que fazemos de si, e que os outros fazem de nós mesmos. Se assim não fosse, a nossa carteira de identidade não portaria o nosso rosto, mas talvez outra parte de nosso corpo, os pés ou as mãos, por exemplo.

A promoção de alívio pode ser compreendida pela contribuição que estes modos linguísticos podem exercer na construção de um contexto, que não é de dor, mas de proteção e conforto, como podemos vivenciar apreciando um jardim, os cheiros das plantas, o canto dos pássaros, etc. Mais do que isto, a linguagem adequava-se ao contexto de pertencimento cultural e social da paciente: a roça, o campo, a beira do rio, a pescaria. A construção desse cenário permissivo à exploração vivencial de potencialidade e recursos apareceu, em Marli,

na forma de uma bucha que sugava algo negro de sua cabeça e promovia alívio. Em Roberto, um calor muito prazeroso e relaxante percorreu o seu corpo.

O terapeuta participou intimamente deste momento favorável à mudança da experiência de sensação da dor, utilizando uma linguagem diretiva para amplificar esta experiência sensorial – ancoragem – ao dizer: “Isso, aproveite bem esse alívio...” ou “e você pode aproveitar esse calor e deixá-lo circular pelo seu corpo”. A ancoragem utilizada de forma terapêutica ela é capaz de substituir sensações desagradáveis de dor a sensações de alívio, proteção, relaxamento, conforto e prazer.

A isto, atrela-se a possibilidade de, em uma sessão terapêutica, o (a) paciente construir uma vivência, na qual ele pode expressar-se em outro papel social. De submisso, ele (a) pode experienciar-se como autoritário. Sendo o corpo o lugar existencial habitado, ele pode parecer e atuar certo papel por seus gestos e expressões faciais. Por sua vez, os gestos não correspondem a um conjunto de movimentos. Sendo um ato, ele desencadeia configurações sensoriais que, intimamente, conectam-se à sua frequência cardíaca e respiratória, que pode modificar-se segundo as produções subjetivas desencadeadas por este ato ou a partir destas mudanças nas ordens física e vital.

Além disso, valoriza-se a importância do psicoterapeuta na construção desse cenário permissivo à exploração vivencial de potencialidades e recursos, sabendo que um relaxamento muscular pode desencadear uma sensação imensa de alívio e esperança de retorno ao trabalho ou de melhora em sua performance enquanto provedor (a) da casa (Marli e Roberto), alterando sua autoimagem. Ao mesmo tempo, a depender do papel (Moreno, 1983) que o (a) psicoterapeuta exerça, como sendo paternal, maternal, um (a) professor (a), um homem ou uma mulher que sabe de tudo, etc.; ele (a) pode facilitar a construção deste cenário vivo, propício para a mudança psicoterápica, seja no padrão das dores, seja em outras questões de terapia.

No caso de Marli o psicoterapeuta posicionou-se fundamentalmente como professor. Nas sessões de terapia, ela se dirigia a ele sob esse título e se beneficiava de suas explicações, pois passava muita credibilidade. Esta postura justifica-se pelo compromisso terapêutico de construir um contexto para que ela pudesse evocar seus próprios recursos e delinear suas próprias soluções.

Diferentemente da ótica dominante, cujos modos de modificar as dores privilegiam os bisturis, agulhas e remédios na perspectiva de um corpo que apenas pode ser ajudado a nível físico-químico; percebe-se que palavras, gestos e a construção de cenários podem promover semelhantes mudanças, pois parte-se de um corpo vivido e da legitimação da psicoterapia neste processo.

Os modos linguísticos de expressão e o processo de objetivação permeiam todos os trechos de ilustração clínica descritos acima. O momento de ancoragem sendo construído através de uma linguagem indireta- sugestiva e metafórica- ele expressa-se em ambos os eixos de reflexão por poder ilustrar a construção de um contexto permissivo para a mudança da experiência da dor a partir da dialética entre as diferentes ordens de experiência. Sumariamente a palavra está presente em ambos os eixos em um processo intencionalmente reflexivo e pré-reflexivo, caracteriza a dialética entre sujeito e objeto e exprime a a própria potencialidade em alterar as sensações de dores.

Neste trabalho, a aproximação a aspectos essenciais da filosofia de Merleau-Ponty (2006a) aponta para problemas fundamentais do processo de eliminação do sintoma somático a partir da medicina psicossomática, na medida em que o autor se propõe a romper com o pensamento causal e detrimento de uma proposta dialética de pensamento. Rompe-se com a diferenciação explícita entre interno e externo, somático e psíquico, consciente e inconsciente, sujeito e objeto, porque o método dialético de Merleau-Ponty (citado por Hidalgo, 2009, p.17) “consiste em radicalizar a tensão entre os dois polos para mostrar, nesse mesmo gesto, o

fundo tácito sobre o qual ambos se movem, sem que nisso esteja implicada qualquer espécie de síntese dos opostos”.

Enquanto psicoterapeutas, ao invés de apresentarmos uma preocupação em primeira instância com a eliminação das dores ou mudanças subjetivas, para a consideração da experiência da dor enquanto clínicos, acredita-se que o comprometimento primeiro deve ser assumido com o modo de trabalho, o modo dramático de trabalho, que apresenta propriedades de forma – movimento, ritmo, distribuição espacial, temporal. Isto envolve o preparo para os modos linguísticos de expressão e para toda expressão que percorre o cenário psicoterapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“... lá estava um corpo torturado que pedia misericórdia, que pedia o fim, o descanso. Mas não, ele fora educado para se ultrapassar. E, silenciosamente, dentro das carnes daquela corredora, antigas lições eram repetidas: “o corpo precisa ser ultrapassado, o corpo precisa ser ultrapassado. O que importa é fazer com que o corpo obedeça ...”

(Rubem Alves, 1985)

A atleta na condição de treino não era mais um corpo, mas um amontoado de músculos e nervos contorcidos (Rubem Alves, 1985). A perspectiva de um corpo-máquina assombra a Educação Física, (Bruhus, 1985) da mesma forma em que assombra quem necessita de cuidados por conta de dores crônicas. Comparativamente a algumas particularidades de um (a) atleta, observa-se as pessoas que enfrentam as dores cotidianamente vencerem desafios todas as horas de seu dia, conforme pudemos observar no caso de Roberto e Marli.

Conforme diz Figueiró (2000), atualmente acredita-se que não há justificativa para que uma pessoa sofra alguma dor para a qual já há remédio, pois sempre haveria uma condição de amenizá-la. Nesta afirmativa não apenas está implicado um conjunto de crenças acerca do tratamento da dor, está expresso aquilo que a sociedade ensina ao corpo e que nele marca as diferenças que ela reconhece e estabelece (Mauss, 1974) entre saúde e doença; homem e mulher, idade e hierarquia social.

Neste trabalho, Roberto e Marli assumiram a configuração de ilustrações clínicas para o cerne da discussão: sobre a categoria do corpo. Compreende-se que um estudo de caso de ambos seria enriquecedor, na medida em que observamos cada sessão com um espectro de possibilidades reflexivas acerca desta temática, principalmente no que concerne à avaliação

da mudança qualitativa da dor a partir da consideração destes do eixo do corpo, evidenciado tanto no esquema corporal quanto na autoimagem. De fato, para esta proposta avaliativa seria necessária uma construção metodológica com um forte embasamento epistemológico, o que consistiria em novos planos de estudo e pesquisa.

Todavia, estas ilustrações representaram a importância de consideração destas categorias para pensar a eficácia do atendimento psicoterápico a pessoas com dores crônicas. Assumindo com foco esses dois eixos de discussão, reconhecemos o leque de oportunidades de estudo de diversas perspectivas teóricas acerca das dores crônicas, bem como a necessidade e possibilidade futura de aprofundamento das potencialidades da hipnose na psicoterapia a esse público.

A sustentação filosófica da corporeidade neste trabalho assumiu como foco alguns trabalhos de Merleau-Ponty (2006, 2011), o que naturalmente promove em mim um desejo irrecusável de continuar os estudos acerca deste autor na promoção de saúde a pessoas que vivenciam a cronicidade.

A partir da noção de esquema corporal (Csordas, 2002; Merleau-Ponty, 2006, 2011) foi possível compreender como o corpo é uma expressão da cultura e passível de mudanças terapêuticas a partir das relações. Sendo a expressão da sociedade específica em seus diferentes momentos históricos e com sua experiência singular, o corpo em movimento expressa, em ação, o seu modo constitutivo enquanto troca humana, seja do andar, na forma expor as dores, nos gestos, postura das mãos, no jeito de olhar, etc.

A experiência da dor a partir da ótica do corpo vivido (Merleau-Ponty, 2006, 2011) permitiu o delineamento de um posicionamento em psicoterapia. O corpo como constituinte das trocas humanas torna-se crucial para a construção de um cenário vivo para novas experiências de mudanças das sensações de dores.

Os trabalhos de Merleau-Ponty (2006a) enfatizados constituem-se como uma base de inteligibilidade para questões importantes da clínica, não apenas por considerar, na ordem humana, o corpo como o terreno da cultura, mas principalmente por permitir a construção de caminhos para o entendimento das trocas humanas como fundamentais para a reconfiguração de experiência. Ser um corpo vivido implica notar-se também em ordem física e vital, enquanto um conjunto relacional anatomicamente definido que, na medida em que age em sua animalidade, exprime que o seu corpo está no mundo, como um corpo em movimento, que assume ativamente o espaço, o tempo, que constrói novos papéis sociais, se constituindo enquanto base para as trocas humanas.

Esta construção de um cenário vivo permite que o sujeito seja autônomo, capaz de recriar-se e reconstituir-se o que significa que, neste momento, encontra-se o terreno para que a modificação no padrão das dores seja possível tanto no processo de objetivação-subjetivação, quanto na redefinição da autoimagem e do esquema corporal.

Abarca-se o sujeito em uma dimensão ampla, capaz de atrelar esses diferentes modos compreensivos, mas que, demonstram a necessidade de aprofundamento teórico, epistemológico e filosófico. Reconhece-se o recorte dado aos trabalhos de Merleau-Ponty e, com isso, as limitações traçadas na compreensão da zona de sentido do corpo.

Diferentemente do esforço geral de objetivação presente a partir do advento da anatomia patológica nos séculos XVIII e XIX (Foucault, 2013), a objetivação (Jackson, 1994), neste trabalho, envolveu um olhar acerca do corpo como não cadavérico e impessoal com uma restrição dada ao modo biológico de compreensão da dor. O caminho de interlocução entre corpo e clínica envolveu considerar a ênfase à corporeidade na psicoterapia a partir do reconhecimento do caráter dialógico entre polos mente e corpo; sujeito e objeto; dada a não apresentação de variância quanto à dominância.

Isto significa que, no momento da expressão da dor vivida, nota-se esta dialética na tentativa de distanciamento do próprio corpo via o saber objetivo ao mesmo tempo em que somos este corpo. Há um processo de subjetivação-objetivação ininterrupto e a constatação de que este esforço de objetivação expressa que o processo de adoecer não pode ser vislumbrado apenas em seu aspecto físico-químico, nem apenas como psíquico.

Ser um corpo que experiencia dores remete à consideração de uma dialógica entre biologia e cultura, o que se relaciona às contribuições de Csordas (2002) acerca do corpo enquanto o terreno da cultura e do *self*. Sendo assim definido, remete-se à importância do princípio da utilização na valorização do sujeito e do corpo. Ao valorizar a singularidade de cada pessoa, o que engloba o seu conjunto de valores, crenças, hábitos, sentidos subjetivos, para facilitar o transe e o processo terapêutico (Erickson, 1965; Erickson & Rossi, 1979), este princípio alinha-se a uma abordagem naturalista e humanista de psicoterapia, aceitando o modo de ser do (a) paciente e conhecer os seus padrões de referência.

O senso de agenciamento (Gallagher, 2010) apresenta-se como relevante no entendimento da relação entre sujeito e ações intencionais a nível reflexivo e pré-reflexivo em convergência com a compreensão de Merleau-Ponty (2006a) acerca das ordens de experiência. As ações intencionais pré-reflexivas remetem ao fato de não estarmos cientes de todos os atos de percepção e nem de todas as mudanças dos padrões das dores, que, neste trabalho, obteve ênfase na autoimagem e no esquema corporal.

Quando Roberto apresenta-se com um novo conjunto postural e de movimentação há uma impossibilidade de compreensão subjetiva acerca de todo este processo de mudança. Todavia, ele pode experienciar-se enquanto sujeito, a partir da construção de novos sentidos sobre si – redefinição de autoimagem –, sobre o mundo e sobre os outros. Isto expressa as alterações na dimensão vivida, o que corresponde a novas possibilidades de experimentar o tempo, o espaço, o próprio corpo.

O desenvolvimento de noções iniciais acerca da relação entre autoimagem, esquema corporal e dores crônicas perpassou a consideração da autoimagem e do esquema corporal enquanto eixos capazes de situar o sujeito frente a si e ao mundo. A autoimagem expressa o sujeito como um objeto perceptivo de si, cuja percepção perpassa diferentes registros sociais e culturais – familiares, geográficos, étnicos, de gênero – sendo que estes registros estão encarnados no corpo no formato de esquema corporal.

Problematiza-se o corpo em dor, na medida em que a presença da dor pode alterar um conjunto de movimentação e de posturas; alterar sua posição em termos econômicos e familiares; produzir sentimento de fracasso e decepção por eventual alteração da performance profissional e, por fim, tornar-se um núcleo identitário do sujeito.

Conclui-se que a mudança na experiência das dores a partir da psicoterapia deve partir da compreensão de que a dor assume um formato no corpo, nos diferentes modos de expressão do sujeito, seja no conjunto postural e de movimentações, sendo expressa em sua vitalidade; seja nos vários atributos ou qualidades das sensações subjetivas e suas diferentes relações com relação às dores lembradas, ao passado da dor, à dor imediata, à dor que tem uma certa durabilidade, às dores corriqueiras, às dores persistentes, as dores intratáveis, etc.

Isto remete a uma produção de sentidos que deve ser entendida como uma expressão formal do fato de que somos no mundo. Nesse sentido, o diagnóstico médico assume a sua importância, pois ele aciona dispositivos capazes de agir neurologicamente e quimicamente na pessoa. Todavia, isto pouco auxilia a nós, psicoterapeutas, a compreender o caminho de promoção de saúde a este público. Diferentemente, apontarmos para o processo de objetivação também caracteriza a uma enfática dissonância ao esforço de objetivação historicamente propagado pelo saber médico.

Portanto, entende-se que Marli, por exemplo, apresenta inflamações nas articulações, tendões ou em outros tecidos conjuntivos e órgãos decorrentes da vivência de lúpus. Por sua

vez, estas inflamações não existem como forma em si, elas fazem parte de um conjunto de relações dialéticas do corpo nos quais envolve não apenas uma série de outros músculos, nervos, órgãos, mas também envolve um conjunto de gestos significativos, que expressam sobre essa dor, enquanto um corpo que se assume como um envoltório de ações, cujas intenções encontram nos movimentos sua encarnação (Merleau-Ponty, 2006; Olivier, 1995). Eis, portanto, a ordem vital de experimentação que, de forma alguma encontra-se dissociado do também outra ordem – humana-, que permite caracterizar esta experiência de dor como imediata, persistente, intratável, amaldiçoada, traiçoeira, etc.

Portanto, o modo de expressão da dor a aponta como existencial, na medida em que envolve uma série de mudanças fenomênicas atreladas à distorção temporal, espacial e corporal. Uma dor lancinante pode gerar um momento, cujo tempo vivido é experienciado como lento, vagaroso e o espaço vivido como estreito, devido às fortes dores.

Por isso, a interlocução entre o corpo e clínica perpassa a valorização dos modos linguísticos de expressão que prezam por manter esta relação entre corpo, seja no valor dado a processos de objetivação; no valor do trabalho acerca da autoimagem e do esquema corporal no caso de dores crônicas. Os modos de construção das metáforas e das sugestões apresentam como prerrogativa a consideração do contexto psicoterapêutico por sua possibilidade de intensificar as emoções, os sentidos, as impressões e imagens, inerente à presença da tele (Moreno, 1983), de uma relação capaz de construir resultados terapêuticos.

A psicoterapia como um cenário vivo valoriza as trocas em sua animalidade e humanidade, possibilitando a produção de novas estruturas e, portanto, de novos sentidos (o tornar-se sujeito). Diante da importância das trocas humanas na psicoterapia, considera-se a mudança da qualidade interpretativa das dores na dialética entre as ordens de experiência. Por isso, há a mudança do complexo configuracional da dor (Erickson & Rossi, 1979). Trata-se da constatação de que as significações existem no nível perceptivo (Alvim, 2007) e que uma

palavra é capaz de atingir diferentes níveis, pois ao corpo resta uma ininterrupta dialética entre as ordens física, vital e humana.

Esta ênfase dada às trocas humanas também remete aos mais diversos profissionais de saúde, que reconhecem a importância de fomentar-se enquanto um exemplo nacional de conduta, enquanto um (a) cidadão (ã) que exerce o seu papel na sociedade em seus direitos, deveres, missões.

Isto pode ser justificado pelo fato de sermos, em relação, intercorporais e dotados de uma responsabilidade que o próprio senso de agenciamento (Gallagher, 2005, 2012a, 2012b) pode oferecer quando valoriza os atributos subjetivos: perceber-se enquanto uma pessoa que gera ações. Enquanto psicoterapeutas, isto implica uma postura diante da orientação dada ao público que atendemos: propaga-se sobre um corpo, cuja subjetividade é imaginária, não real e a dor como sendo legitimada pela “visualização do cérebro do paciente”, pelo corpo visível.

O grupo Acolher da Universidade de Brasília esforça-se na construção de uma rede multidisciplinar no atendimento a este público. Há aspectos a serem aprimorados, como a reflexão mais aprofundada acerca da relação entre o corpo vivido e a fomentação de novas políticas públicas para as dores crônicas; a fomentação de atendimentos sistemáticos com o objetivo de refletir acerca das variadas possibilidades de mudança da experiência da dor a partir da adoção da perspectiva do corpo vivido. A relevância disto circunscreve a ação transgressora ao qual estamos a par: caminhamos contra o mesmo modo violento dos presos na Colônia Penal, descrita por Franz Kafka.

Houve um intuito de comunicar a um (a) leitor (a), a um (a) psicoterapeuta, a um sujeito que experiencia dores, a um (a) profissional de saúde na satisfação dele (a) ser um corpo. Já entende-se com obviedade que esta dimensão vivida do corpo abre-nos a um campo de produção de conhecimento totalmente distinto ao especialista da dor (Barber, 1996). Remete-se ao que Maturana & Varela (1995) definem como o fundamento biológico do

fenômeno social, algo que deve ser inerente ao processo de construção científica: não há socialização nem humanidade sem a aceitação do outro ao nosso lado, devemos aceitar o “outro ao nosso lado na convivência” (p. 263).

Esta afirmativa elucida a possibilidade de olhar o outro como um igual, seja na construção da relação terapêutica, seja no processo de construção do conhecimento, na aplicação de uma sentença, na convivência com quem urge cotidianamente pelo (a) desaparecimento de suas dores. Resta-nos a continuidade reflexiva, afinal: quem pode compreender as dores de quem?

BIBLIOGRAFIA

Alves, R. (1985). O corpo e as palavras. Em Bruhus, T. H. (Org.). *Conversando sobre o corpo*. (pp. 17-42). Campinas: Papirus.

Baliki, M. N., Geha, P. Y., Apkarian, A. V., & Chialvo, D. R. (2008). Beyond Feeling: Chronic Pain Hurts the Brain Disrupting the Default-Mode Network Dynamics. *The Journal of Neuroscience*, 28 (6), 1398-1403. Retirado em 27 janeiro, 2014, de <http://www.jneurosci.org/content/28/6/1398.full.pdf+html>

Barbalet, J.M., & Lyon, M.L. (1994). Society's body: emotion and the "somatization" of social theory. Em Csordas, T.J. (Ed.), *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self* (pp. 48-69).Cambridge: Cambridge University Press.

Barber, J. (1996). *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain: a clinical guide*. Nova York: WW Norton & Company.

Bonica, J. J., & Ventafridda, V. (1979). *Advanced in Pain Research and Therapy*. Nova York: Raven Press.

Bossu, H., & Chalanguier, C. (1975). *A expressão corporal: Abordagem metodológica e perspectivas pedagógicas* (H. L. Dantas, Trad.). São Paulo: Difel.

Brasil. (2012). *Portaria nº 1.083, de 02 de outubro 2012*. Retirado em 08 janeiro, 2013, de <http://brasilsus.com.br/legislacoes/sas/115462-1083.html>

Bruhus, T. H. (1985). *Conversando sobre o corpo*. Campinas: Papirus.

Chaves, J. F., & Dworkin, S. F. (1997). Hypnotic control of pain: Historical perspectives and future prospects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(4), 356-376. Retirado em 15 janeiro, 2014, de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207149708416138>

Clastres, P. (2003). Da tortura nas sociedades primitivas. Em Clastres, P. (Ed.), *A sociedade contra o Estado: pesquisas de antropologia política* (pp. 195-206). São Paulo: Cosac Naify.

Código de Ética Médica de 1988 (1988). Brasília. Retirado de http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=10&Itemid=123

Csordas, T. (1994). Words from the Holy People: a case study in cultural phenomenology. Em Csordas, T. (Ed.), *Embodiment and experience: the existential ground of culture* (pp. 269-291). Cambridge: Cambridge University Press.

Csordas, T. J. (2002). *Body, Meaning, Healing*. New York: Palgrave, Macmillan.

Csordas, T.J. (2011). Embodiment: agency, difference, illness. Em Mascia-Lees, F. E. (Ed.), *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment* (pp. 138-156). Oxford: Willey-Black Well.

Dossey, L. (2001). *A cura além do corpo: a medicina e o alcance infinito da mente*. Cultrix: São Paulo.

Ellenberger, H. F. (2004). A Clinical Introduction to Psychiatric Phenomenology and Existential Analysis. Em May, R., Angel, E., & Ellenberger, H. F. (Eds.), *Existence* (pp. 92-127). Maryland: First Rowman & Little Field.

Erickson, M. H. (1965). Further Clinical Techniques of Hypnosis: Utilization Techniques. Em Shor, R. E., & Orne, M. T. (Eds.), *The Nature of Hypnosis: selected basic readings* (pp. 345-371). Oxford: Holt, Rinehartand Winston.

Erickson, M. H. (1994). *Hipnose Médica e Odontológica: aplicações práticas*. Campinas: Psy II.

Erickson, M. H., & Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. Nova York: Irvington Publishes.

Feldman, J.B. (2004). The Neurobiology of Pain, Affectand Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(3), 187-200. Retirado em 15 janeiro, 2014, de http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00029157.2004.10403599#.UtaJR_RDsw8

Ferreira, A. B. de H. (2010). *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa* (8a ed.). Rio de Janeiro: Positivo.

Figueiró, J. A. (2000). *A dor*. São Paulo: Publifolha.

Finer, B. (1979). Hypnotherapy in Pain of Advanced Cancer. Em Bonica, J. J., Liebeskind, J. C., Ventafridda, V., & Albe-Fessard, D. G. (Eds.), *Advanced in Pain Research and Therapy* (pp. 223-231). Nova York: Raven Press.

Foucault, M. (1977). Poder e Saber. Em Foucault, M. (Ed.), *Estratégia, poder-saber – Ditos e Escritos* (pp. 223-240). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2009). *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (36aed.). Rio de Janeiro: Vozes.

Foucault, M. (2013). *O nascimento da Clínica* (7a ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Gallagher, S. (2005). *How the Body Shapes the Mind*. Oxford: Oxford University Press.

Gallagher, S. (2011). The self in the Cartesian brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1234(1), 100-103.

Gallagher, S. (2012a). Multiple aspects in the sense of agency. *New Ideas in Psychology*, 30(1), 15-31.

Gallagher, S. (2012b). A philosophical epilogue on the question of autonomy. Em H. Hermans, H., & Gieser, T. (Eds.), *Handbook of the Dialogical Self Theory* (pp. 488-496) Cambridge: Cambridge University Press.

González Rey, F. (2003). *Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey, F. (2005). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

González Rey, F. (2007). *Psicoterapia, Subjetividade e Pós-Modernidade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Haley, J. (1991). *Terapia não-convencional: as técnicas psiquiátricas de Millton H. Erickson*. São Paulo: Summus.

Helman, C. G. (2009a). Definições culturais de anatomia e fisiologia. Em Helman, C. G. (Ed.), *Cultura, saúde, doença* (5a ed., pp. 24-49). Porto Alegre: Artmed.

Helman, C. G. (2009b). Dor e cultura. Em Helman, C. G. (Ed.), *Cultura, saúde, doença* (5a ed., pp. 170-180). Porto Alegre: Artmed.

Human Rights Watch (2011). *Global State of Pain Treatment: Access to Medicines and Palliative Care*. Recuperado em 30 janeiro, 2013, de <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf>

Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmeses da medicina*. São Paulo: Nova Fronteira.

International Association for the Study of Pain. (2014). Integrative Pain Medicine: A Holistic Model of Care. *Pain: Clinical Updates*, 22 (2), 1-6.

Jackson, J. (1994). Chronic Pain and the tension between the body as subject and object. Em Csordas, T. (Ed.), *Embodiment and experience: the existential ground of culture* (pp. 201-229). Cambridge: Cambridge University Press.

Kafka, F. (1948). *A colônia penal*. São Paulo: Nova Época.

Langer, S.K.(1953). *Sentimento e forma: uma Teoria da Arte desenvolvida a partir de Filosofia em Nova Chave* (pp. 319-339). São Paulo: Perspectiva.

Le Breton, D. (2013). *Antropologia da Dor*. São Paulo: Fap-Unifesp.

Low, S.M. (1994). Embodied metaphors: nerves as lived experience. Em Csordas, T. J. (Ed.), *Embodiment and experience: The existential ground of culture and self* (pp. 139-162). Cambridge: Cambridge University Press.

Maesso, M.C., Chatelard, D.S., & Fernandes, A.H. (2012). Corpo e dor na clínica contemporânea. Em Viana, T. C., Diniz, G. S., Fortunato, L. C., & Zanello, V. (Orgs.), *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea* (pp. 256-268). Brasília: Liber Livros.

Marques, A. P. (2004). *Qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia: poder de discriminação dos instrumentos de avaliação*. Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/5/tde-08032006-143141/en.php>

Maturana, H., & Varela, F. (1995). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas: Psy II.

Mauss, M. (1974). *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU.

May, R. (2004). Contributions of Existential Psychotherapy. Em May, R., Angel, E., & Ellenberger, H. F. (Eds.), *Existence* (pp. 37-92). Maryland: First Rowman & Little Field.

Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2a ed.). Seattle: IASP Press.

Merleau-Ponty, M. (2006a). *A estrutura do comportamento*. São Paulo: Martins Fontes.

Merleau-Ponty, M. (2006b). *A natureza* (2a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Merleau-Ponty, M. (2011). *Fenomenologia da percepção* (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Moreno, J. L. (1983). *Fundamentos do Psicodrama*. São Paulo: Summus.

Morin, E. (2003). *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Morin, E. (2005). *Método 4: as ideias. Habitat, vida, costumes, organização* (4a ed.). Porto Alegre: Sulina.

Morin, E. (2012). *O método 5: a humanidade da humanidade* (5a ed.). Porto Alegre: Sulina.

Neubern, M.S. (2000). As Emoções como Caminho para uma Epistemologia Complexa da Psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (2), 153-164.

Neubern, M.S. (2004). *Complexidade e Psicologia Clínica: desafios epistemológicos*. Brasília: Plano.

Neubern, M.S. (2009a). Hipnose e dor: proposta de metodologia clínica e qualitativa de estudo. *Psico USF*, 14(2), 201-209. Retirado em 15 setembro, 2013, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v14n2/v14n2a09.pdf>

Neubern, M.S. (2009b). Hipnose e dor: origem e tradições clínicas. *Estudos de Psicologia*, 14(2), 105-111. Retirado em 20 outubro, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n2/a03v14n2>

Neubern, M.S. (2009d). Hipnose e Subjetividade: reflexões sobre a ciência moderna e a psicologia. *Revista Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 5(2), 307-319.

Neubern, M.S. (2013). Hipnose, Dor Crônica e Técnicas de Ancoragem: A Terapia de Dentro pra Fora. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(3), 297-304. Retirado em 28 dezembro, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n3/v29n3a07.pdf>

Olivier, G. G. de F. (1995). *Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade*. Retirado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000095484>

Pessoa, F. (1999) *Livro do desassossego: Fernando Pessoa; composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda livros na cidade de Lisboa*. São Paulo: Companhia as letras.

Pessoa, F. (1986). *O manuscrito de o guardador de rebanhos de Alberto Caeiro*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Prescott, F. (1971). *O controle da dor*. São Paulo: Loyola.

Rojas-Bermúdez, J. (1977). *Introdução ao Psicodrama* (2a ed.). São Paulo: Mestre Jou.

Roustang, F. (1991). *L'influence*. Paris: Minuit

Silveira, F.A., & Furlan, R. (2005). *Corpos sonhados-vividos: a questão do corpo em Foucault e Merleau-Ponty*. Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-09062006-162253/pt-br.php>

Sociedade Brasileira de Reumatologia. (2011). *Fibromialgia: Cartilha para pacientes*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reumatologia. Retirado em 20 dezembro, 2013, de <http://www.reumatologia.com.br/PDFs/Cartilha%20fibromialgia.pdf>

Teixeira, M. J., Teixeira, W. G. J., & Santos, F. P. S. (2001). Epidemiologia clínica do dor músculo-esquelética. *Revista de Medicina*, 80(1/2), 1-21. Retirado em 8 junho, 2013, de <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/63150/65940>

Vieira, M.E. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Viviani, A. E. A. (2007). A morte do corpo e a ascensão da imagem: perspectiva histórica da relação entre corpo e imagem. *Revista do Programa de Pós-Graduação e Comunicação da Universidade Federal Fluminense*, 17, 1-13. Retirado em 17 março, 2014, de <http://www.uff.br/ciberlegenda/ojs/index.php/revista/article/view/199>

Weisberg, M. B. (2008). 50 years of Hypnosis in Medicine and Clinical Health Psychology: A Synthesis of Cultural Crosscurrents. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(1), 13-27. Retirado em 15 janeiro, 2014, de http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00029157.2008.10401639#.UtaKS_RDsw8

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Nova York: WW Norton & Company.

